

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
FACULTAD DE MEDICINA



HACIA UNA VALORACIÓN INTEGRAL DEL  
PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH.  
EVALUACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE  
DETECCIÓN DE DEPRESIÓN EN  
CONTEXTOS MÉDICOS NO  
ESPECIALIZADOS EN SALUD MENTAL

TESIS DOCTORAL  
SUSANA CEBOLLA LORENZO

Madrid, Junio de 2017



HACIA UNA VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH.  
EVALUACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE DEPRESIÓN EN CONTEXTOS  
MÉDICOS NO ESPECIALIZADOS EN SALUD MENTAL

TESIS DOCTORAL  
SUSANA CEBOLLA LORENZO

## Resumen

La depresión es una comorbilidad común, pero con frecuencia, infradiagnosticada en individuos con infección por el VIH. Para encontrar una estrategia para detectar la depresión en un entorno clínico no especializado, se evaluó el desempeño general de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y las preguntas de identificación de la depresión propuestas por las directrices de la European AIDS Clinical Society (EACS) –en una muestra de 113 pacientes con infección por VIH. El clínico realizó las dos preguntas de cribado propuestas por EACS y pidió a los pacientes que completaran el HADS. Un psiquiatra o psicólogo clínico realizó entrevistas clínicas semi-estructuradas para producir diagnósticos psiquiátricos de depresión (gold-standar). El estudio concluye que ambos enfoques (las dos preguntas EACS y la subescala HADS-D) son métodos adecuados de detección de depresión en la población VIH. La propuesta que hacemos es una estrategia en dos pasos (EACS más HADS-D) lo que permite un diagnóstico clínico rápido, asumible y preciso en entornos hospitalarios no especializados

en Salud Mental. Los factores de riesgo asociados con el diagnóstico de depresión son estar ocupado (trabajando o estudiando) y peor calidad de vida, específicamente del componente mental evaluado con el cuestionario SF36.

Para realizar una valoración integral del paciente con diagnóstico de infección por VIH se evaluó el nivel de estigma y la calidad de vida. El nivel de estigma en nuestra muestra es medio - alto y está relacionado sobretudo con la dificultad para revelar la serología, y la preocupación por las actitudes públicas de rechazo hacia las personas con PVVS. La calidad de vida se asemeja a la presentada en otras enfermedades crónicas, obteniendo puntuaciones más bajas en las subescalas Salud General, Vitalidad, Rol Emocional y Salud Mental. Los datos del sumario mental, son similares a los presentados por otras enfermedades crónicas estigmatizantes.

Los factores de riesgo para presentar un mayor nivel de estigma son la presencia de antecedentes psiquiátricos, tanto personales como familiares, el consumo de tóxicos, el diagnóstico de depresión y una peor puntuación en el sumario mental de la calidad de vida. Un mayor número de ingresos y una mayor puntuación en la Escala Estigma -VIH son factores predictores de una peor puntuación en el sumario físico de calidad de vida, mientras que peores puntuaciones el sumario mental se relacionan con la presencia un alto nivel de estigma, diagnóstico de depresión y el consumo actual de tóxicos.

Los resultados obtenidos en este estudio confirman la importancia de diagnosticar la depresión asociada al diagnóstico de infección por VIH, que influye en la calidad de vida y el estigma del paciente. La evaluación del nivel de estigma continúa siendo una prioridad en países desarrollados y podría ser importante plantear intervenciones para disminuir el estigma lo que a su vez influiría en la sintomatología depresiva y en la calidad de vida.

# Abstract

Depression is a common but frequently undiagnosed disorder in individuals with HIV infection. To find a strategy for detecting depression in a non-specialized clinical setting, the overall performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the depression identification questions proposed by the guidelines of the European AIDS Clinical Society (EACS) -selectional study of 113 patients with HIV infection. The clinician did the two screening questions that were proposed under the guidelines of the EACS and asked the patients to complete the HADS. A psychiatrist or psychologist administered semi-structured clinical interviews to produce psychiatric diagnoses of depression (gold standard). The study concludes that both approaches (the two EACS questions and the HADS-D subscale) are adequate methods of detecting depression in the HIV population. We believe that the use of the EACS-B and HADS-D subscale in a two-step approach allows rapid and accurate clinical diagnosis in non-specialized mental health settings. Risk factors associated to depression include having an occupation (working or studying) and scoring low on the mental summary of the SF36 questionnaire for quality of life. Quality of life and stigma were evaluated, in order to be able to perform a comprehensive assessment of patients with HIV diagnosis. The level of stigma obtained in our sample is medium - high and is associated with fear of disclosure of HIV status, and the concern for public attitudes of rejection towards people with PLHIV. Quality of life is similar to other chronic diseases, obtaining lower scores in the General Health, Vitality, Emotional Role and Mental Health subscales. Scores on mental summary component are similar to other chronic stigmatizing diseases. Risk factors for higher level of stigma are the presence of psychiatric history, both personal and family, using drugs, the diagnosis of depression and lower score in the mental summary of the quality of life. Been admitted to the hospital several times and a higher score in the Stigma Scale -VIH are predictors of a lower score in the physical summary of Quality of Life. High level of stigma, diagnosis of depression and current drug use are associated to lower mental summary scores.

Data of this study show the importance of diagnosing depression among HIV-infected persons, which influences patient's quality of life and stigma. The assessment of the level of stigma remains a priority in developed countries and might be important in the design and development of psychosocial interventions to reduce stigma which in turn could influence depressive symptoms and quality of life.

Dime y lo olvido,  
enséñame y lo recuerdo,  
involúcrame y lo aprendo.

Benjamin Franklin

# Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a todas y cada una de las personas que han participado en mayor o menor medida en este proyecto, en especial, a todo el equipo de la Unidad Monográfica de VIH del Hospital 12 de Octubre de Madrid, a Flavio Gutierrez, a M<sup>a</sup> Jose Álvarez-Comino, a Lucía Serrano y a los pacientes que desinteresadamente aceptaron participar en este estudio, su aportación ha sido sin lugar a dudas, imprescindible.

Agradezco también al Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12) por creer en el proyecto y otorgarnos una de las ayudas destinadas a Proyectos de Investigación dirigidos a la Innovación, Desarrollo y Mejora de los Resultados en Salud.

Hace nueve años, entré con mi mochila por la puerta del Hospital La Paz con la ilusión de convertirme en psiquiatra. En ese momento no podía imaginar que en el camino, iba a encontrar a tantas personas dispuestas a creer en mi. A todos vosotros, de verdad muchas gracias, entre todos habéis hecho que todo esto sea posible.

Agradezco a M<sup>a</sup> Asunción Hernando su apoyo incondicional y su generosidad. Gracias por acompañarme en este camino a Itaca.

A Carmen Bayón y Beatriz Rodríguez Vega, gracias por involucrarme, cuidarme, escucharme, empujarme y sobretodo, sostenerme durante todos estos años. Vuestra mirada me transforma.

A Ainoa Muñoz, compañera de residencia y amiga infatigable, gracias por estar, desde que te conozco es imposible pensar en un momento importante de mi vida del que no formes parte. Tu presencia multiplica la felicidad.

Por último quiero dar las gracias a mi familia, sin ellos jamás hubiera llegado hasta aquí. A Jorge, quien sin duda va a agradecer que la palabra tesis deje de formar parte de nuestras conversaciones y a Mateo, que sin saberlo, lo ilumina todo.

## INDICE

<b>RESUMEN / ABSTRACT</b>	<b>17</b>
<b>1.- INTRODUCCIÓN</b>	<b>21</b>
<b>1. 1 Virus de la inmunodeficiencia humana: pasado, presente y futuro</b>	<b>21</b>
1.1.1. Pasado	21
1.1.2 Presente	22
1.1.3 Futuro	23
<b>1.2. Depresión asociada a la infección por VIH</b>	<b>29</b>
1.2.1 Importancia del diagnóstico de depresión en VIH	29
1.2.2 Métodos diagnóstico de depresión	32
1.2.3 Dificultades para el diagnóstico	34
1.2.4 Metodos de screening de depresión	36
<b>1. 3.- Estigma e infección por VIH</b>	<b>41</b>
1.3.1 Definición de estigma. Características del estigma en VIH	42
1.3.2 Mecanismos de estigma en la infección por VIH	43
1.3.3 Consecuencias de la perpetuación del estigma en la enfermedad por VIH	46
1.3.4. Estigma en la infección por VIH: revisión de la literatura y recomendaciones para el futuro	48
<b>1.4.- Calidad de vida en la enfermedad por VIH</b>	<b>52</b>
1.4.1 Concepto de calidad de vida	52
1.4.2 Evaluación de la CVRS	53
1.4.3 CRVS en la enfermedad por VIH	55
1.4.4 Cuestionarios de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH	58
<b>2.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO</b>	<b>61</b>
<b>3.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	<b>63</b>
3.1 Hipótesis	63
3.2 Objetivos	63
<b>4.- PARTICIPANTES Y MÉTODO</b>	<b>65</b>
4.1 Diseño del estudio	65
4.2 Población de estudio	66
4.3 Selección de la muestra	66
4.4 Variables del estudio	66
4.5 Instrumentos de medida	67
4.6 Aspectos éticos	73
4.7 Análisis de los datos	73



<b>5. RESULTADOS</b>	<b>77</b>
5.1. Análisis descriptivo de las características de la muestra	77
5.2 Prevalencia de depresión	78
5.3 Evaluación de los métodos de screening de depresión empleados	81
5.4 Nivel de estigma	85
5.5 Estudio de la calidad de vida	87
5.6 Variables relacionadas y análisis de los factores predictores de la depresión	88
5.7 Variables relacionadas y análisis de los factores predictores del estigma	89
5.8 Variables relacionadas y análisis de los factores predictores de la calidad de vida	96
<b>6. Discusión</b>	<b>105</b>
6.1. Depresión	106
6.2. Estigma	112
6.3. Calidad de vida	117
6.4. Limitaciones del estudio	122
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>124</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>126</b>
<b>9. ANEXOS</b>	
Anexo I: Informe favorable del CEIC para la realización del proyecto	173
Anexo II: Artículo publicado en relación con el proyecto	175
Anexo III: Consentimiento informado	183
Anexo IV: Cuaderno de recogida de datos	187
Anexo V: Análisis descriptivo módulos MINI	197

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Prevalencia de depresión según propuesta del EACS	78
Tabla 2. Prevalencia de depresión según escala HADS	79
Tabla 3. Concordancia de las distintas pruebas diagnósticas de depresión	80
Tabla 4. Tabla comparación curvas ROC de los distintos métodos diagnósticos	82
Tabla 5. Pruebas de comparación de curvas ROC (Hanley y Mcneil)	83
Tabla 6. Sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), razón de verosimilitud positiva (RV+), razón de verosimilitud negativa (RV-), índice de validez (IV) e índice de Youden (IY) de las distintas pruebas diagnósticas empleadas	84
Tabla 7. Análisis descriptivo de las puntuaciones totales y subescalas de la escala Escala de Estigma- VIH	85
Tabla 8. Análisis descriptivo de las puntuaciones totales Escala de estigma internalizado –VIH	87
Tabla 9. Análisis descriptivo de las puntuaciones del cuestionario SF- 36	87
Tabla 10. Relación entre el diagnóstico de depresión (entrevista MINI) y variables sociodemográficas (Análisis de Regresión Logística univariante)	88
Tabla 11. Relación entre el diagnóstico de depresión (entrevista MINI) y variables relacionadas con el VIH (Análisis de Regresión Logística univariante).	89
Tabla 12. Relación entre el diagnóstico de depresión (entrevista MINI) y variables relacionadas con estado psicopatológico (Análisis de Regresión Logística univariante).	89
Tabla 13. Relación entre el diagnóstico de depresión (entrevista MINI) y Estigma (Escala Estigma - VIH) y calidad de vida (cuestionario SF-36) (Análisis de Regresión Logística univariante).	89
Tabla 14. Factores predictores de depresión (Análisis de Regresión Logística multivariante)	90
Tabla 15. Relación puntuación Escala Estigma - VIH y variables sociodemográficos (Anova de un factor)	91
Tabla 16. Relación puntuación Escala Estigma – VIH y variables clínicas (Anova de un factor)	92
Tabla 17. Relación de puntuación total de Escala Estigma - VIH y variables psicopatológicas (Anova de un factor)	93

Tabla 18. Relación de puntuación total de Escala Estigma - VIH y variables cuantitativas (Coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según corresponda)	93
Tabla 19. Relación de puntuación total de Escala Estigma - VIH y las dimensiones de calidad de vida (Coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según corresponda)	94
Tabla 20. Factores predictores de estigma en pacientes con infección de VIH (Análisis de Regresión Lineal)	94
Tabla 21. Relación del componente sumario físico y sus dimensiones con variables cuantitativas (Coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según corresponda)	96
Tabla 22. Relación del componente sumario mental y sus dimensiones con variables cuantitativas (Coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según corresponda)	97
Tabla 23. Relación del componente sumario físico con variables sociodemográficas (Anova de un factor)	97
Tabla 24. Relación del componente sumario mental con variables sociodemográficas (Anova de un factor)	98
Tabla 25. Relación del componente sumario físico con variables clínicas (Anova de un factor)	99
Tabla 26. Relación del componente sumario mental con variables clínicas (Anova de un factor)	100
Tabla 27. Relación del componente sumario físico con variables psicopatológicas (Anova de un factor)	101
Tabla 28. Relación del componente sumario mental con variables psicopatológicas (Anova de un factor)	102
Tabla 29. Factores predictores sumario físico calidad de vida (Análisis de Regresión Lineal)	103
Tabla 30. Factores predictores de componente sumario mental de calidad de vida (Análisis de Regresión Lineal)	104

## **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Diferencias en la prevalencia de depresión de las distintas herramientas diagnósticas	80
Figura 2. Curvas ROC de los cuatro métodos diagnósticos	81



## Resumen

La depresión es una comorbilidad común, pero con frecuencia, infradiagnosticada en individuos con infección por el VIH. Para encontrar una estrategia para detectar la depresión en un entorno clínico no especializado, se evaluó el desempeño general de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y las preguntas de identificación de la depresión propuestas por las directrices de la European AIDS Clinical Society (EACS) –en una muestra de 113 pacientes con infección por VIH. El clínico realizó las dos preguntas de cribado propuestas por EACS y pidió a los pacientes que completaran el HADS. Un psiquiatra o psicólogo clínico realizó entrevistas clínicas semi-estructuradas para producir diagnósticos psiquiátricos de depresión (gold-standar). El estudio concluye que ambos enfoques (las dos preguntas EACS y la subescala HADS-D) son métodos adecuados de detección de depresión en la población VIH. La propuesta que hacemos es una estrategia en dos pasos (EACS más HADS-D) lo que permite un diagnóstico clínico rápido, asumible y preciso en entornos hospitalarios no especializados en Salud Mental. Los factores de riesgo asociados con el diagnóstico de depresión son estar ocupado (trabajando o estudiando) y peor calidad de vida, específicamente del componente mental evaluado con el cuestionario SF36.

Para realizar una valoración integral del paciente con diagnóstico de infección por VIH se evaluó el nivel de estigma y la calidad de vida. El nivel de estigma en nuestra muestra es medio - alto y está relacionado sobretudo con la dificultad para revelar la serología, y la preocupación por las actitudes públicas de rechazo hacia las personas con PVVS. La calidad de vida se asemeja a la presentada en otras enfermedades crónicas, obteniendo puntuaciones más bajas en las subescalas Salud General, Vitalidad, Rol Emocional y Salud Mental. Los datos del sumario mental, son similares a los presentados por otras enfermedades crónicas estigmatizantes.

Los factores de riesgo para presentar un mayor nivel de estigma son la presencia de antecedentes psiquiátricos, tanto personales como familiares, el

consumo de tóxicos, el diagnóstico de depresión y una peor puntuación en el sumario mental de la calidad de vida. Un mayor número de ingresos y una mayor puntuación en la Escala Estigma -VIH son factores predictores de una peor puntuación en el sumario físico de calidad de vida, mientras que peores puntuaciones en el sumario mental se relacionan con la presencia un alto nivel de estigma, diagnóstico de depresión y el consumo actual de tóxicos.

Los resultados obtenidos en este estudio confirman la importancia de diagnosticar la depresión asociada al diagnóstico de infección por VIH, que influye en la calidad de vida y el estigma del paciente. La evaluación del nivel de estigma continúa siendo una prioridad en países desarrollados y podría ser importante plantear intervenciones para disminuir el estigma lo que a su vez influiría en la sintomatología depresiva y en la calidad de vida.

## Abstract

Depression is a common but frequently undiagnosed disorder in individuals with HIV infection. To find a strategy for detecting depression in a non-specialized clinical setting, the overall performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the depression identification questions proposed by the guidelines of the European AIDS Clinical Society (EACS) -selectional study of 113 patients with HIV infection. The clinician did the two screening questions that were proposed under the guidelines of the EACS and asked the patients to complete the HADS. A psychiatrist or psychologist administered semi-structured clinical interviews to produce psychiatric diagnoses of depression (gold standard). The study concludes that both approaches (the two EACS questions and the HADS-D subscale) are adequate methods of detecting depression in the HIV population. We believe that the use of the EACS-B and HADS-D subscale in a two-step approach allows rapid and accurate clinical diagnosis in non-specialized mental health settings. Risk factors associated to depression include having an occupation (working or studying) and scoring low on the mental summary of the SF36 questionnaire for quality of life. Quality of life and stigma were evaluated, in order to be able to perform a comprehensive

assessment of patients with HIV diagnosis. The level of stigma obtained in our sample is medium - high and is associated with fear of disclosure of HIV status, and the concern for public attitudes of rejection towards people with PLHIV. Quality of life is similar to other chronic diseases, obtaining lower scores in the General Health, Vitality, Emotional Role and Mental Health subscales. Scores on mental summary component are similar to other chronic stigmatizing diseases. Risk factors for higher level of stigma are the presence of psychiatric history, both personal and family, using drugs, the diagnosis of depression and lower score in the mental summary of the quality of life. Been admitted to the hospital several times and a higher score in the Stigma Scale -VIH are predictors of a lower score in the physical summary of Quality of Life. High level of stigma, diagnosis of depression and current drug use are associated to lower mental summary scores.

Data of this study show the importance of diagnosing depression among HIV-infected persons, which influences patient's quality of life and stigma. The assessment of the level of stigma remains a priority in developed countries and might be important in the design and development of psychosocial interventions to reduce stigma which in turn could influence depressive symptoms and quality of life.





## **1.- INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Virus De La Inmunodeficiencia Humana: Pasado, Presente y Futuro**

#### **1.1.1. Pasado**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), durante mucho tiempo no tuvo ni nombre ni forma conocida. Surgió probablemente por una mutación en chimpancés, que saltó a los humanos a finales del siglo XIX en el sur de Camerún a través de la caza o de la manipulación de carne de primate (Sharp & Hahn, 2011). Esta transmisión de primates a humanos se había producido al menos en 13 ocasiones, pero solo cuatro tuvieron un cierto éxito y ocasionaron los cuatro grupos conocidos del VIH (M, O, N y P) siendo el M es responsable de la pandemia actual (Keele et al., 2006).

Ya desde estas primeras etapas se forjó el carácter multidimensional de la enfermedad que se ha mantenido hasta nuestros días y que ha permitido que la epidemia se convirtiera en una pandemia, en lugar de mantenerse en un ámbito restringido o incluso desaparecer. La dimensión socioeconómica, que permitió que el virus llegase a una ciudad, Kinhasa (capital de la República Democrática del Congo), que en ese momento contaba con un gran crecimiento urbano, un auge del comercio sexual y la prostitución y con gran desarrollo del ferrocarril, cuyos trenes utilizaban más de un millón de personas cada año para desplazarse al norte o al sur del país o para llegar a los países vecinos.

La dimensión biomédica, marcada por la gran adaptabilidad genética del virus, la utilización de agujas no esterilizadas en el marco de la salud pública (en los procesos de vacunación global de la población) y el hecho de que los síntomas de la infección no sean inmediatos, contribuyó, sin duda alguna, a transformar pequeños focos de infección en una verdadera pandemia (Faria et al., 2015).

Durante décadas, hubo personas que enfermaron y murieron por la infección por VIH sin saberlo. No fue hasta el verano de 1981 en Los Angeles, cuando se prestó especial atención a la aparición de una neumonía atípica y poco frecuente por *Pneumocystis carinii* en 5 personas previamente sanas cuyo sistema inmune había fallado (Gottlieb et al., 1981). La publicación de estos casos en el boletín semanal de los Centros para el control de la Enfermedades de Estado Unidos, permitió que otros médicos a lo largo del país publicaran informes similares en los siguientes meses (Centers for Disease Control (CDC), 1981).

Junto a estos primeros casos en el mundo desarrollado, surge una nueva dimensión de la enfermedad relacionada con el estigma, el malestar psíquico y la exclusión social de quienes la padecían. Existía mucho miedo al contagio, ya que a finales de 1981 de los cinco y seis casos nuevos diagnosticados por semana morían la mayoría a las pocas meses a pesar de los intensos cuidados médicos recibidos (Haverkos & Curran, 1982).

Por tanto, el inicio de la epidemia no fue fácil, con todo por descubrir, clínicos y científicos empezaron a organizarse, a crear registros de casos, a intercambiar información e hipótesis, con el fin de conocer el patógeno, las formas de transmisión, y sobretodo la forma de curar esta nueva infección, poniendo el foco en la dimensión biomédica de la enfermedad.

El acrónimo inglés AIDS, se acuñó por vez primera en 1982 siendo traducido en español como SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Lo que parecía que era una enfermedad exclusiva de varones homosexuales, pronto se reconoció en personas consumidoras de drogas vía parenteral, en hemofílicos y receptores de transfusión sanguínea, entre parejas sexuales femeninas de varones con sida y entre lactantes nacidos de mujeres con SIDA. Se disponía, por tanto, de evidencias científicas que apuntaban hacia un agente infeccioso transmisible por vía sexual o sanguínea (Centers for Disease Control (CDC), 1983).

Montagnier y Barré-Sinoussi, que llevaban a cabo sus investigaciones en el Instituto Pasteur de Francia, y colaboraban con el Dr. Gallo en el National Cancer Institute de EEUU, publicaron en Mayo de 1983 en la revista Science, el hallazgo de un nuevo virus, el Virus asociado a la Linfadenopatía (LAV) como posible causante de la inmunodeficiencia (Barre-Sinoussi et al., 1983). Unos meses más tarde el LAV logró aislarse en las adenopatía linfáticas de un paciente enfermo de SIDA, confirmándose su causalidad. Montagnier y Barré-Sinoussi son por tanto considerados los descubridores del VIH y en reconocimiento les fue entregado el Nobel de Medicina en el año 2008.

El Subcomité de Retrovirus Humanos (del Comité Internacional sobre Taxonomía de los Virus) presidido por Harold Varmus, publicó una carta en Science en Mayo de 1986, donde se propuso el nombre virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual fue aceptado ampliamente por la comunidad internacional (Varmus, 1988). Para entonces, un total de 85 países del mundo había informado de la existencia de casos de SIDA a la Organización Mundial de la Salud, OMS. Estados Unidos, el país con más casos registrados entonces, contaba con unos 42.000, de los que más de la mitad ya había muerto.

Una vez conocido el virus responsable de la infección y su vía de transmisión, los esfuerzos se concentraron en conocer su patogenia con el fin de poder encontrar su cura. Pronto se determinó que el virus se transmitía, por la sangre, el semen y secreciones vaginales, y que las células del sistema inmune (principalmente los CD4 y los macrófagos) eran su principal diana.

El conocimiento molecular de las células humanas y del virus del VIH hizo posible que en 1986, se realizara un ensayo clínico con pacientes con SIDA que recibían tratamiento con un fármaco llamado zidovudina (AZT), un Inhibidor de la Transcriptasa Inversa del VIH que impide la incorporación del virus al ADN de la célula huésped y por tanto la replicación viral (Fischl et al., 1987).

El beneficio observado en los primeros enfermos, le convirtió en marzo de 1987 en el primer fármaco aprobado para el tratamiento de pacientes con SIDA por la FDA (Food and Drug administration) en un tiempo menor de lo normal. En 1989 se describen resistencias al fármaco que aparecían a los pocos meses tras el inicio del tratamiento (Larder, Darby, & Richman, 1989).

Durante los años siguientes y hasta la actualidad se han descubierto nuevos antirretrovirales dirigidos a nuevas dianas y que cumplen los requisitos de simplicidad y mejor tolerancia.

En 1996, se produce la gran revolución en el tratamiento del VIH en la XI Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Vancouver. La historia natural de la enfermedad fue cambiada radicalmente, generando un punto de inflexión en el pesimismo vivido durante 15 años en la lucha contra la epidemia. Por un lado se introdujo la medición de la carga viral para evaluar la eficacia del tratamiento, lo que permitía medir los efectos terapéuticos de los fármacos en semanas (Mellors et al., 1996). Por otro lado se presentaron los primeros datos de ensayos clínicos sobre los beneficios del uso de combinaciones de tratamiento antirretrovirales de gran actividad (TARGA), que permitían reducir el número de enfermedades oportunistas, de hospitalizaciones y de muertes asociadas al SIDA. El estudio EuroSIDA, que comparó los períodos temprano de TARGA con la era pre-TARGA, y TARGA tardío (1998-2002), encontró una sustancial disminución de mortalidad y progresión a SIDA en los períodos TARGA. Todo esto supuso un cambio de paradigma en cuanto al tratamiento que se ha mantenido hasta la actualidad (Mocroft et al., 2003).

El esfuerzo de médicos e investigadores pertenecientes a la comunidad internacional centrado en la dimensión biomédica ha posibilitado la unificación de los aspectos clínicos y diagnósticos de la enfermedad en todo el mundo. Desde un punto de vista clínico-virológico se distinguen las siguientes fases evolutivas en la historia natural de la infección:

La fase precoz o aguda en la que puede aparecer un síndrome febril agudo autolimitado conocido como síndrome retroviral agudo en la primeras semanas que desaparece espontáneamente en dos o tres semanas, entrando posteriormente en una fase asintomática o de latencia clínica que dura varios años y que se caracteriza por una lucha continua entre la actividad replicativa del virus y la capacidad de regeneración de los CD4+. El uso de fármacos antirretrovirales mediante la inhibición sostenida de la replicación viral permite que el sistema inmune sea capaz de reconstituirse continuamente, retrasando la aparición de los síntomas de inmunodeficiencia y aumentando la supervivencia. Por último la fase sintomática SIDA, que suele aparecer aproximadamente a los 10 años tras el diagnóstico. Esta progresión esta relacionada con numerosos factores que inhiban o potencien la tasa de replicación viral y la respuesta inmunitaria del huésped, así como la actividad celular citotóxica. En la fase sintomática, el sistema inmunológico es incapaz de reponer los linfocitos CD4+ destruidos, y la capacidad para limitar la replicación del virus se reduce progresivamente. El espectro de síntomas varía a medida que desciende el recuento de linfocitos T CD4, lo que deriva en infecciones oportunistas y en la aparición de determinados tumores.

Las complicaciones graves aparecen en pacientes con recuentos inferiores a 200/ $\mu$ l. Esta cifra junto con la aparición de una infección por el VIH establece el diagnóstico de SIDA, también la infección por VIH y la presencia de una de las enfermedades que se consideran indicativas de un defecto grave de la inmunidad celular. Los agentes causantes de las infecciones secundarias son microorganismos característicamente oportunistas, como *P. jiroveci*, pero también bacterias comunes y micobacterias patógenas.

De forma paralela a todo este esfuerzo de investigadores y gobiernos para avanzar en el conocimiento de la infección, la dimensión de la enfermedad relacionada con el estigma, el malestar psíquico y la exclusión social de quienes la padecían ha seguido su curso, persistiendo comportamientos discriminatorios presentes desde el inicio de la epidemia.

### 1.1.2 Presente

Desde el inicio de la epidemia, 78 millones de personas han contraído la infección por el VIH y 35 millones de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el sida. En la actualidad 36,7 millones de personas en todo el mundo viven con el VIH. En 2015, 2,1 millones de personas contrajeron la infección, 17 millones de personas tuvieron acceso a la terapia antirretroviral y 1,1 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida (UNAIDS, 2016).

En España, el número de contagios ha aumentado siendo el país de la UE donde más infecciones por el VIH se produjeron en el 2015 (3428 nuevos casos). Más de 130.000 personas viven con el VIH en el momento actual, de las cuales un 65,54% accede a tratamiento antiretroviral (Centro Nacional de Epidemiología, 2016) .

La cronificación de la infección por VIH como consecuencia del aumento de la esperanza de vida resultante de un TARGA eficaz, ha asociado un cambio de necesidades en el cuidado de la salud de quienes la padecen. Uno de los retos actuales, es el aumento de comorbilidades no infecciosas, que incluyen enfermedades cardiovasculares, renales, hepáticas, neoplásicas (diagnóstico de cáncer a edades más tempranas) , óseas (pérdida de densidad ósea y fracturas), y psiquiátricas como la depresión (J. V. Baker et al., 2008; Deeks, Lewin, & Havlir, 2013; Ryom et al., 2013).

La activación inmune, la inflamación, las alteraciones de la coagulación asociado con la replicación (no controlada) del VIH, coinfecciones (como el virus de la hepatitis C), el propia TARGA y la inmunodeficiencia persistente, pueden contribuir a su desarrollo (Armah et al., 2012; Doitsh et al., 2010; Ford et al., 2010; Justice et al., 2012; Rajasuriar et al., 2013).

En España desde el año 2004, se organizó el seguimiento de una cohorte abierta, prospectiva, y multicéntrica de pacientes adultos con infección por el VIH confirmada (CoRIS). Los pacientes de esta cohorte están sin

tratamiento en el momento de la inclusión y son atendidos en Unidades de Atención del VIH de centros públicos.. En una muestra de 5185 pacientes analizados encontraron que la frecuencia de procesos clínicos independientes de la infección por VIH más frecuentes son los psiquiátricos, y entre ellos, la depresión, seguido de los cardiovasculares y los neoplásicos (Sobrino-Vegas et al., 2011).

La prevención o el manejo de estas enfermedades en el VIH a menudo implica la polifarmacia, que aumenta el riesgo de adherencia subóptima y disminuye los beneficios del TARGA. Además, la posibilidad de interacciones medicamentosas deben ser cuidadosamente consideradas antes de introducir cualquier tratamiento, por lo que muchas veces debe hacerse en colaboración entre las distintas especialidades médicas (Hughes, Tseng, & Cooper, 2015; Lorenc et al., 2014; Marzolini et al., 2011).

### 1.1.3 Futuro

Los estados miembros de las Naciones Unidas (Onusida) se han comprometido a acabar con la epidemia de SIDA en su carácter de amenaza mundial contra la salud en el año 2030. Para ello proponen un programa de acción acelerada, que produzca un cambio a todos los niveles, mundial, regional, nacional, provincial y local.

El objetivo es lograr la estrategia 90-90-90 para el año 2020 y la estrategia 95-95-95 para el año 2030. Esto significaría que en el año 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH (PVVS) conozcan su estado serológico positivo, que el 90% de las que lo conocen reciban tratamiento, y que el 90% de los que lo reciben logren la supresión de la carga vírica para que su sistema inmunitario permanezca fuerte y no presenten más infección (UNAIDS, 2017).

Para lograr estos objetivos es necesario prestar especial atención, no solo a la dimensión biomédica de la enfermedad, sino a la relacionada con el estigma, el malestar psíquico y la discriminación. El estigma asociado a la



infección por VIH influye de manera muy importante en el diagnóstico, lo que puede relacionarse con la creencia de no estar en los grupos de riesgo o bien por el miedo a convertirse en una persona estigmatizada. Además, la comorbilidad de la enfermedad por VIH con depresión se relaciona con un peor cumplimiento de la pauta farmacológica.

La Organización Mundial de la Salud en su Guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados del VIH (2014), señala que la comorbilidad de la infección por VIH con depresión se asocia con una peor adherencia y un mayor abandono del TARGA, por lo que recomienda realizar un screening de rutina de depresión y estrés psicosocial, para gente que vive con el VIH y sobretodo población de mayor riesgo de padecerlo, para optimizar el estado de salud y mejorar la adherencia al tratamiento (WHO, 2014).

En el Informe Final del 4º Diálogo sobre Políticas Internacionales, señalan la enfermedad mental como una posible causa de discriminación, trato desigual, dificultades para acceder al sistema médico e interacciones insatisfactorias con los profesionales que acaba generando dificultades para expresar sus necesidades. Recomiendan por tanto tener en cuenta los factores de riesgo relacionados con la enfermedad mental a la hora de realizar actividades preventivas de la infección de VIH. Sobretodo poder dotar a los profesionales de herramientas y entrenamiento a la hora de reconocer síntomas de depresión y realizar screening de las mismas, así como protocolos de derivación a recursos de salud mental (Health Canada, 2009).

## 1.2. Depresión asociada a la infección por VIH

La comorbilidad psiquiátrica diagnosticada con mayor frecuencia en las PVVS es la depresión. La prevalencia se describe en torno al 35%, pero existe gran variabilidad con valores que fluctúan entre el 20% y 79%, dependiendo de la población estudiada, del periodo de tiempo investigado, así como de los instrumentos utilizados para la definición de caso (E. G. Bing et al., 2001; Jin et al., 2006; Morrison et al., 2002; Pence, O'Donnell, & Gaynes, 2012; Rabkin, 2008) .

En la práctica clínica, la depresión aparece tanto en los primeros estadios como a lo largo del proceso de la enfermedad. A pesar de ello suele ser sub-diagnosticada y subtratada. Asch y cols, en una muestra de 1140 pacientes con diagnóstico de VIH que habían sido atendidos en distintos servicios médicos del sistema sanitario de Estados Unidos encontraron que entre estos pacientes existía un sub-diagnóstico de depresión del 45%, y que era mayor en aquellos contextos en los que el médico atendía a un mayor número de pacientes (Asch et al., 2003).

Israelski y cols, analizaron la presencia de sintomatología depresiva y trastornos de estrés en 350 pacientes con infección por VIH atendidos en atención primaria en el Norte de California. El 38% de los pacientes presentaban criterios de depresión y el 43 %de los que cumplieron los criterios diagnósticos para al menos uno de los trastornos evaluados, no se encontraba en tratamiento en el momento del cribado (Israelski et al., 2007),

### 1.2.1 Importancia del diagnóstico de depresión en VIH

Hacer un diagnóstico correcto de depresión en PVVS va a tener gran repercusión en la prevención de la infección y en su evolución clínica.

La sintomatología depresiva en sí misma cuando se mantiene en el tiempo se relaciona con peor estado inmunológico expresado en un menor recuento de linfocitos T CD4+, mayor carga viral, progresión de la

enfermedad y mayor mortalidad (E. G. Bing et al., 2001; Horberg et al., 2008; Lima et al., 2007; Rabkin, 2008).

Las personas con infección por VIH y depresión comórbida tienen menos propensión para seguir los tratamientos o las recomendaciones médicas (Applebaum, Richardson, Brady, Brief, & Keane, 2009; Diiorio et al., 2009; J. S. Gonzalez, Batchelder, Psaros, & Safren, 2011; Huynh, Kinsler, Cunningham, & Sayles, 2013). En la enfermedad por VIH, la adherencia al tratamiento antirretroviral va a marcar el curso clínico de la misma, ya que pequeños incumplimientos de la adherencia farmacológica se asocian al fracaso terapéutico y a una pérdida de efectividad de los antiretrovirales previamente usados, con desarrollo de resistencias a los mismos (Treisman & Angelino, 2007), aumentando la morbi-mortalidad asociada a VIH (Leserman, 2008), y el descenso de la calidad de vida percibida (Hartzell, Janke, & Weintrob, 2008).

Un diagnóstico correcto de depresión facilita el realizar un tratamiento multimodal que combine farmacoterapia, psicoterapia e intervenciones psicosociales. El tratamiento antidepresivo ha demostrado ser altamente efectivo, tanto en una mejoría de la sintomatología anímica, el estado inmunológico y la adherencia al tratamiento (Dalessandro et al., 2007). Una buena adherencia al tratamiento antidepresivo favorece, a su vez, una buena adherencia a TARGA.

Yun y cols, compararon la adherencia a TARGA en pacientes deprimidos, con y sin tratamiento antidepresivo. En el estudio se encontró una adherencia a TARGA (> 95%) de 65% y 35% respectivamente, siendo esta una diferencia estadísticamente significativa. Al dividir los pacientes en adherentes y no adherentes al tratamiento antidepresivo encontraron una adherencia a TARGA de 69% y 31%, respectivamente, diferencia que también resultó estadísticamente significativa (Yun, Maravi, Kobayashi, Barton, & Davidson, 2005).

Horberg y sus colaboradores, compararon la evolución durante un año de parámetros de laboratorio en pacientes con infección por VIH en tratamiento con TARGA que estaban deprimidos frente a controles con TARGA que no lo estaban. Encontraron que entre los deprimidos, con y sin tratamiento con fármacos inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) tenían menor adherencia a TARGA y peor carga viral.

Los pacientes que estaban tomando tratamiento antidepresivo con buena adherencia mostraban adherencia a TARGA y niveles de supresión de la replicación viral equivalentes a los controles.

Consecuentemente, los pacientes deprimidos adherentes al tratamiento con ISRS mostraron un incremento en el nivel de linfocitos CD4+ que fue estadísticamente significativo respecto a los pacientes deprimidos no adherentes (Horberg et al., 2008).

A nivel económico, el incumplimiento terapéutico puede generar la aparición de cepas mutantes resistentes a los fármacos, siendo necesario la prescripción de terapias de rescate, generalmente de mayor coste económico, mayor utilización de los servicios de salud e incremento del número de ingresos hospitalarios y del gasto sanitario (Schaecher, 2013).

La depresión no tratada es, a su vez, un factor de riesgo para la automedicación en forma de abuso de sustancias y el uso de terapias alternativas no reguladas con el subsecuente retraso en el inicio del tratamiento antiretroviral (Tegger et al., 2008), perjuicio en la adherencia (Sin & DiMatteo, 2014) y efectividad del TARGA, por alterar el metabolismo de los antirretrovirales (Bepe et al., 2011; Orisatoki & Oguntibeju, 2010). Además, el abuso de sustancias y alcohol junto con sintomatología depresiva, se asocia a un mayor riesgo de presentar conductas sexuales sin protección (con el eventual riesgo de adquisición de otras enfermedades de transmisión sexual y contagio del VIH a terceros) (Schuster, Bornovalova, & Hunt, 2012).

### 1.2.2 Métodos diagnóstico de depresión

Cuando hablamos de depresión no nos referimos a las variaciones habituales del estado de ánimo ni a las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Por depresión nos referimos a un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) junto con la presencia de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

En los episodios depresivos típicos el enfermo sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas y una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Se suele acompañar de disminución de la atención y la concentración, pérdida de la confianza en uno mismo y sentimientos de inferioridad. Es frecuente que aparezcan ideas de culpa y minusvalía, problemas para dormir y pérdida de apetito.

Para el diagnóstico de depresión el DSM utiliza una lista de 9 ítems, siendo necesaria la presencia de al menos cinco de ellos para realizar el diagnóstico. El DSM 5 de reciente publicación (American Psychiatric Association, 2013), no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el episodio de depresión mayor (American Psychiatric Association, 2002).

La característica esencial común, es la presencia de al menos uno de estos dos síntomas:

- un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día

- una disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

Además deben aparecer 3 o 4 de los siguientes síntomas:

- pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- insomnio o hipersomnia casi cada día
- agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- fatiga o pérdida de energía casi cada día
- sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Estos síntomas deben además tener las siguientes características: estar presentes durante al menos dos semanas, provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y no deben poder explicarse por causas secundarias a sustancia tóxica, enfermedad médica u otro diagnóstico psiquiátrico.

A pesar de que la aparición de tristeza suele ser lo más habitual en los episodios depresivos, es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un episodio depresivo a partir de datos menos específicos, como la pérdida de interés y disfrute de la vida, el deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, tono de voz bajo, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondriacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas.

### 1.2.3 Dificultades para el diagnóstico

Hay una serie de factores que dificultan la realización del diagnóstico en el seguimiento rutinario de las PVVS :

*1.2.3.1 Normalización de la sintomatología depresiva:* es frecuente tender inadecuadamente a considerar como normal y esperable la aparición de síntomas depresivos como una reacción esperada a una enfermedad que genera numerosos cambios vitales relacionados con la experiencia de enfermedad (el que se conozca en su entorno, la adherencia al tratamiento, las relaciones...) (Olley, Seedat, & Stein, 2006). Muchos profesionales no indagan en la sintomatología depresiva, asumiendo que el paciente presenta más bien tristeza o una reacción de estrés ante la relevancia del diagnóstico, y que con el tiempo, una vez adaptados a su nueva condición o superadas las complicaciones somáticas, este ánimo bajo desaparecerá espontáneamente (Kupfer & Frank, 2003).

*1.2.3.2 Dificultad para admitir la sintomatología depresiva:* los mismos pacientes pueden ser reticentes a consultar a su médico habitual por síntomas emocionales. Quizás pueden creer que no es su especialidad, o bien, en presencia de complicaciones con riesgo vital los síntomas depresivos no son trascendentes o de urgencia terapéutica (Goldney, Fisher, Wilson, & Cheok, 2002; Lin & Parikh, 1999). También existe el miedo y la reticencia a añadir un nuevo fármaco con potenciales efectos adversos e interacciones con el TARGA (Chesney, 2003). En muchas

ocasiones el tener que ser derivado al psiquiatra y sumar al estigma que rodea a la infección por VIH, el que existe en torno a las patologías mentales, también impide que el paciente le plantee a su médico posibles síntomas depresivos (Shippy, Mendez, Jones, Cernul, & Karpiak, 2004).

**1.2.3.3 Solapamiento clínico:** de síntomas depresivos con síntomas somáticos asociados a la infección por VIH o enfermedades comórbidas. La inapetencia, la disminución de peso, la fatiga y la alteración del sueño son síntomas muy frecuentes en el contexto de la enfermedad por VIH, ya sean secundarios a la propia infección, por el efecto de enfermedades oportunistas o de origen farmacológico (Fukunishi et al., 1997; Kilbourne et al., 2002). Por esta razón, es importante detallar la forma de presentación de los síntomas y sospechar una posible depresión cuando no hay condiciones médicas claras que expliquen los síntomas somáticos. Millikin y cols, realizaron un estudio en pacientes de sexo masculino en el que la fatigabilidad mostró asociación con el diagnóstico de depresión, pero no así con el estado de seropositividad ni con el uso de medicamentos de prescripción frecuente en la infección por VIH (Millikin, Rourke, Halman, & Power, 2003).

**1.2.3.4 Comorbilidad con trastorno neurocognitivo asociado a VIH:** La presencia de un trastorno neurocognitivo asociado al VIH (HIV associated Neurocognitive Disorder - HAND) va a dificultar mucho el diagnóstico diferencial con depresión. Existen tres formas clínicas de HAND, la forma más grave es la Demencia asociada al VIH (HIV-associated Dementia - HAD), la forma más común es el trastorno neurocognitivo leve (Mild Neurocognitive Disorder - MND) y por último, la alteración neurocognitiva asintomática (Asymptomatic Neurocognitive Impairment - ANI).

Entre los síntomas del MND se pueden mencionar: cambios de comportamiento, dificultad para tomar decisiones y dificultades de aprendizaje, de atención, de concentración y de memoria y mayor lentitud de las funciones mentales. Además pueden aparecer cambios de la personalidad (mayor irritabilidad, apatía falta de iniciativa, aislamiento),



cambios de humor y alteración del juicio (toma de decisiones de forma impulsiva, pérdida de inhibiciones (Antinori et al., 2007) . Fellows, en un estudio realizado en 2013, estudia el desempeño neuropsicológico y los síntomas cognitivos de 191 pacientes con infección por VIH y encuentra, de forma significativa, peores resultados en los participantes con episodio depresivo. Esta diferencia aparece en todos los dominios neuropsicológicos evaluados, incluyendo la velocidad de procesamiento de información, el aprendizaje, la memoria, la fluidez, el motor, la memoria de trabajo y el funcionamiento ejecutivo (Fellows, Byrd, & Morgello, 2013).

*1.2.3.5 Sobrecarga asistencial:* Una cuestión que afecta claramente a las posibilidades de diagnóstico e intervención es la sobrecarga asistencial y el escaso tiempo del que dispone el clínico para evaluar los problemas psiquiátricos y psicológicos de los pacientes durante la consulta médica (Mitchell, Vaze, & Rao, 2009; Postigo et al., 2012). Por ello en los últimos años se ha incrementado el esfuerzo de los investigadores en lo referente al desarrollo y perfeccionamiento de instrumentos de screening que permitan al médico responsable del cuidado del paciente identificar los cuadros depresivos y así poder derivar al especialista en psiquiatría y hacer un abordaje integral de la clínica (Mitchell & Coyne, 2007).

#### 1.2.4 Métodos de screening de depresión

El uso de un método de screening es adecuado cuando la condición que se quiere diagnosticar es importante, prevalente y puede ser tratada. Los métodos de detección deben ser precisos y con un riesgo tolerable ante posibles falsos positivos y falsos negativos, por las consecuencias que ambos pueden tener, como pruebas diagnósticas innecesarias, efectos adversos y el coste del tratamiento, así como las consecuencias de su no tratamiento (Wilson & Jungner, 1968) .

En el año 2002, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) recomendó por primera vez, realizar de forma rutinaria un screening de depresión en entornos de Atención Primaria para asegurar un

diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo (U.S. Preventive Services Task Force, 2002). En el 2005, el Grupo de Trabajo Canadiense sobre Atención Preventiva de Salud (CTFPHC) emitió una guía similar (MacMillan et al., 2005), y en 2009, tanto el USPSTF reiteró su recomendación (O'Connor, Whitlock, Beil, & Gaynes, 2009). Posteriormente en 2010, el Comité Nacional de Cribado del Reino Unido (UK NSC) determinó que no había evidencia clínica que permitiera recomendar realizar screening de depresión de forma rutinaria, ya que el hacerlo, no conseguía reducir el número de pacientes con depresión ni mejorar sus síntomas (Allaby, 2010).

Aunque en los últimos años se ha cuestionado su uso de rutina en Atención Primaria y población general por riesgo de realizar sobrediagnóstico y sobretratamiento de depresión (Adán-Manes & Ayuso-Mateos, 2010; Gilbody, House, & Sheldon, 2001; Jerant et al., 2014), existen numerosas recomendaciones para la detección de la depresión cuando se presenta en comorbilidad con otras enfermedades (Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee & Cheng, 2013; Holland et al., 2013; Lichtman et al., 2008; National Institute for Clinical Excellence, 2010; Thombs et al., 2008).

Las posibilidades de diagnosticar un cuadro depresivo son bajas cuando el paciente no da señales claras o expresa el malestar psíquico, y el médico no dispone de una herramienta sencilla que le permita chequear de forma rápida si lo hay, ya que la depresión es uno de los muchos diagnósticos que hay que tener en cuenta en una consulta de corta duración.

Nease, clasifica las herramientas de screening en dos tipos, instrumentos de evaluación e instrumentos de recuento de síntomas (Nease & Maloin, 2003). Los instrumentos de evaluación se comenzaron a usar primero, y permiten establecer distintos estadios de gravedad de la sintomatología, en función de la puntuación obtenida. Entre ellos se encuentra la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), el Inventario de depresión Beck (BDI), y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

El HADS fue ideado para ser administrado en contexto hospitalario a sujetos con enfermedades de tipo médico, incidiendo sobre todo en los aspectos emocionales, evitando la inclusión de aspectos físicos que puedan ser confundidos por el paciente con sintomatología propia de su enfermedad física (Zigmond & Snaith, 1983).

Los instrumentos de recuentos de síntomas son posteriores, y están basados en los criterios de depresión del DSM IV. Se utiliza el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ), en su versión de 2 y 9 preguntas (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001, 2003), y la Evaluación de Trastornos mentales en Atención Primaria (PRIME – MD). Estos instrumentos no permiten medir el malestar clínico asociado con la depresión.

El interés por encontrar una herramienta de screening fiable, ultracorta y de manejo sencillo ha aumentado en los últimos años. En principio los estudios se han centrado en el Área de Atención Primaria (AP), donde los médicos tienen que ver a un número elevado de pacientes con escaso tiempo para cada consulta. Con este objetivo, las escalas para hacer screening de depresión han ido disminuyendo en el número de preguntas y en el tiempo necesario para ser completadas. En el momento actual existen cuestionarios de tres, dos o incluso una pregunta (Buckley, 2015; Whooley, Avins, Miranda, & Browner, 1997).

El instrumento ultracorto más utilizado y validado es el PHQ-2, que utiliza solo los dos ítems relacionados con la frecuencia en la que se ha preguntado humor depresivo y anhedonia en las dos últimas semanas y la que considera nucleares del PHQ-9 (9 ítems).

Aroll (Arroll, Khin, & Kerse, 2003) llevó a cabo un estudio en una muestra de 421 pacientes que acudían a consulta de AP sin tomar fármacos psicotrópicos y concluyó que dos preguntas formuladas verbalmente son un instrumento útil para el screening de depresión, siendo necesario ante un resultado positivo de la prueba, hacer otros test de depresión o derivar a un experto.

La National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) de Reino Unido en 2009, incluyó en sus guías clínicas, hacer un screening a grupos de riesgo de padecer depresión, sugiriendo que las dos preguntas del cuestionario PHQ2, eran suficientes: “¿En el último mes, a menudo te has sentido molesto por sentirte abatido, deprimido o desesperado?” y “Durante el último mes, ¿te has sentido molesto a menudo por tener poco interés o placer en hacer las cosas?” (National Institute for Clinical Excellence, 2009).

En 2010 The British Psychological Society y The Royal Collage of Psychiatry, publicaron la guía de Depresión en Adultos con una enfermedad física crónica. Recalcan la importancia de estar alerta ante una posible depresión, sobre todo en pacientes con historia previa de depresión o pacientes con limitación funcional. Recomiendan el uso de dos preguntas específicas sobre el ánimo y la anhedonia. Si el paciente responde “SI” a una de las dos, recomiendan un segundo paso que consista, bien en realizar derivación a un especialista, o realizar un test estandarizado de depresión que incluya preguntas sobre la desesperanza, la falta de concentración y los pensamientos de muerte (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2010).

En el caso del paciente con infección por VIH, la sospecha de un posible cuadro depresivo es un primer paso esencial para el diagnóstico y tratamiento, como hemos visto anteriormente, la depresión es uno de los principales trastornos psiquiátricos que aquejan a los pacientes con infección por VIH, su alta prevalencia y las consecuencias de su no tratamiento han hecho que la preocupación por dotar al clínico de una herramienta de screening corta y fácil de utilizar en las consultas de VIH también haya aumentado en los últimos años.

En esta línea, la European Aids Clinical Society (EACS), en un intento de facilitar la labor del médico responsable del paciente con enfermedad por VIH en la detección de los casos de depresión, propone en sus guías del 2014, preguntar dos preguntas sencillas sobre el humor depresivo y la anhedonia

1.- ¿Te has sentido a menudo deprimido, triste o sin esperanza en los últimos meses?

2.- ¿Has perdido interés en actividades de las que normalmente disfrutas?

Propone hacerlo de rutina, y con mayor hincapié en aquellos pacientes que tengan antecedentes de depresión, consumo de tóxicos y otras drogas, edad avanzada y adolescentes y estén en tratamiento con efavirenz (European AIDS Clinical Society, 2014).

En Europa, no se ha llevado a cabo ningún estudio, que permita conocer los beneficios o no, del uso de este tipo de instrumentos de cribaje en pacientes con enfermedad por VIH.

### 1. 3. Estigma e infección por VIH

#### 1.3.1 Definición de estigma. Características del estigma en VIH

La palabra “stigma” fue usada por los griegos para referirse a los signos corporales con los que se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba para que el resto población pudiera apartarse y evitar cualquier tipo de contaminación o daño.

A pesar de que el término se ha mantenido hasta nuestro días, su significado ha ido cambiando con el tiempo. En 1963 Erving Goffman definió el estigma como un proceso mediante el cual se atribuye a una persona, o grupo de personas, una característica que desprestigia a los ojos de los demás. Es decir, un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el resto de sus atributos. Las características atribuidas a quien es objeto de estigma pueden ser numerosas y arbitrarias, pero siempre permiten identificar, y reprobar, a la persona que se separa de la norma social y dar cuenta del peligro que representa. Los estigmas incrementan la ansiedad y los sentimientos de amenaza en la población muchas veces ante la toma de conciencia de la propia vulnerabilidad y mortalidad. Esta ansiedad existencial motiva a la gente a reforzar su modo de ver el mundo y para ello rechazan o estigmatizan a los que se desvían de las normas culturales o de los estándares normales aumentando la sensación de control y reduciendo la ansiedad (Goffman, 2009).

Alonzo y Reynolds en 1995, realizaron uno de los primeros estudios sobre los procesos de estigmatización de los pacientes con infección por VIH. Describieron cuatro fases en relación al momento de la enfermedad. La fase prediagnóstico, en la que existe un “preestigma” que tiene que ver con el miedo a que te identifiquen dentro del grupo de riesgo, la segunda fase, relacionada con el diagnóstico tras el cual, se crea una nueva identidad, y por último las fases latente y manifiesta, en la que hacen referencia al proceso a

través del que se personaliza la enfermedad, los dilemas encontrados en las relaciones interpersonales, las estrategias usadas para evitar o minimizar el estigma relacionado con el VIH y las redes sociales usadas para construir, confesar y adaptarse a la identidad del VIH que se crea tras recibir el diagnóstico (Alonzo & Reynolds, 1995).

A la hora de crear esa identidad, al estigma de padecer una enfermedad contagiosa y mortal, se suma el estigma relacionado con las características de los primeros pacientes afectados: la inmigración, la drogadicción y la homosexualidad. La Asociación de Psiquiatría Americana mantuvo hasta 1973 la homosexualidad como enfermedad en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) no la retiró de su clasificación internacional de enfermedades hasta 1990 y a día de hoy la homosexualidad aún es ilegal en 72 países del mundo.

Probablemente el miedo al contagio y la muerte, además de la desinformación hicieron que en 1983 fuera presentada en Nueva York la primera demanda por discriminación hacia las personas con diagnóstico VIH porque un médico fue obligado a abandonar el edificio donde mantenía una consulta para pacientes que padecían la enfermedad (Shenon, 1983). En 1985, Ryan White, un paciente que había contraído la infección durante un tratamiento para la hemofilia que padecía, se le prohibió acudir a su instituto, y fue la primera persona que habló de la discriminación y el estigma sufrido tras el diagnóstico de la infección.

Desde el principio de la epidemia se llevaron a cabo campañas con el fin de acabar con la discriminación y el estigma, primero desde grupos organizados fuera de las instituciones, como The San Francisco AIDS Foundation (SFAF), creada por Cleve Jones en 1983, o la organización artística Visual AIDS formada en 1988, que promulgó en 1991 el uso del lazo rojo como símbolo para demostrar solidaridad con las PVVS y sus cuidadores, convirtiéndose finalmente en un símbolo mundial de la lucha contra el VIH.

Un punto de inflexión en la consideración y estudio del estigma se produjo en los años 2002-2003, cuando el “Estigma y la Discriminación” fueron el foco de la Campaña Mundial contra el SIDA. Se planteó el estigma como un círculo vicioso, que se reforzaba con la discriminación y la violación de los derechos humanos.

El eslogan fue “Vive y deja vivir” con un doble mensaje, Vive dirigido las personas que viven con el VIH/SIDA y sus familias para vivir en un futuro mejor y deja vivir, como mensaje claro a las instituciones para asegurar a las personas que viven con el VIH/SIDA garantizar derechos humanos inherentes a todas las personas poner en cuestión las opiniones y el comportamiento cotidianos de cada uno, mayor integración de las personas que viven con el VIH/SIDA.

En la Reunión de Alto Nivel sobre el SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en 2011, a través de una declaración política, se hizo público el compromiso de los estados miembros a intensificar los esfuerzos para crear nuevos marcos jurídicos, sociales y normativos. El fin era eliminar el estigma, la discriminación y la violencia relacionadas con el VIH para promover el acceso no discriminatorio a la educación, la atención de la salud, el empleo y los servicios sociales (General A, 2011).

### 1.3.2 Mecanismos de estigma en la infección por VIH

Earnshaw y Chauodir proponen un marco teórico con el que poder entender el proceso del estigma en la enfermedad por VIH. Señalan que los mecanismos de estigma son bidireccionales, diferenciando la respuesta emocional de la persona no portadora del VIH al saber que hay personas que sí lo padecen y que puedan poner en peligro su salud, frente a las respuestas emocionales de estos relacionadas con el conocimiento de que han violado ciertas normas sociales y que pueden estar sujetos a un trato negativo por parte del resto de la sociedad (Earnshaw & Chaudoir, 2009).



*1.3.2.1 Mecanismos de estigma en las personas no portadoras del VIH:* las personas no portadoras del VIH poseen una posición relativa de poder en comparación con aquellos que si lo son y por tanto los mecanismos de estigma se basan en gran medida en los esfuerzos a distanciarse de las personas que están "contaminados" por la "marca" del VIH.

Este distanciamiento se consigue gracias a tres mecanismos que a la vez resultan altamente estigmatizantes, los prejuicios, los estereotipos, y la discriminación hacia las PVVS.

El prejuicio engloba las emociones y sentimientos negativos tales como el asco, la ira y el temor que las personas no infectadas sienten hacia las personas infectadas por el VIH. Dentro de los estereotipos encontramos las creencias acerca del grupo de PVVS y que a menudo se aplican a individuos específicos que viven con el VIH. Y por último, la discriminación se refiere a las expresiones conductuales de perjuicio por personas no portadoras del VIH dirigidas a las PVVS.

Por tanto, el prejuicio es experimentado por los individuos como una emoción, los estereotipos como una cognición, y la discriminación como el comportamiento. Estas emociones, pensamientos y acciones producen el desarrollo y el mantenimiento de estigma.

Parte de las conductas discriminatorias han surgido desde la instituciones y los gobiernos, promulgando leyes que han aumentado el estigma, el prejuicio, los estereotipos y han terminado por alienar y excluir a aquellos que viven con el VIH. En 1986, Estado Unidos, clasificó la infección por VIH como una "enfermedad contagiosa peligrosa" y la añadió a lista de enfermedades de exclusión para inmigrantes, haciendo obligatorio realizarse una prueba diagnóstica para quien deseara obtener el visado. Mantuvo esta ley hasta 2010, como forma de protesta, la International AIDS Conference estuvo sin celebrarse allí más de 20 años (Feldman, 1994).

Esta restricción de entrada, permanencia y residencia en distintos países aún sigue vigente en 35 países. En otros países la homosexualidad es un delito, otros no cuentan con recursos que faciliten el uso de jeringuillas limpias, o de preservativos. Esto conlleva a que millones de personas teman buscar ayuda, tratamiento y no se protejan a la hora de tener relaciones, y la epidemia siga expandiéndose.

*1.3.2.2 Mecanismos del estigma en las PVVS:* El comportamiento discriminatorio perpetuado hace que el individuo tienda a sostener las mismas creencias sobre su inferioridad o su yo devaluado que la sociedad impone. De esta forma se adquiere sin querer una identidad estigmatizada, que se experimenta a través de tres importantes mecanismos: estigma declarado, el estigma anticipado, y el estigma internalizado.

El estigma declarado se refiere al grado en que las PVVS han experimentado los prejuicios y la discriminación de los demás en su comunidad (en forma de pérdida de empleo, rechazo social o incluso violencia física). El estigma anticipado se refiere al grado en que esperan que experimentarán los prejuicios y la discriminación de otros en el futuro. El estigma internalizado se refiere al grado en que las creencias y sentimientos negativos asociados con el VIH que el resto de la sociedad tiene son interiorizadas generando sentimientos de auto-estigmatización y conductas de auto-exclusión .

Ambos mecanismos descritos son de gran importancia para las experiencias de las PVVS y condiciona su bienestar psíquico. Aparecen dificultades para manejar la tensión que se genera durante cada contacto social, ante la duda de cómo manejar la información, exhibirla u ocultarla, expresarla o guardar silencio, revelarla o disimularla, mentir o decir la verdad y en cada caso, ante quién, cómo, dónde y cuándo. El individuo que opta por encubrirlo encontrará dificultades para vincularse porque recibe y acepta un trato basado en suposiciones falsas acerca de su persona, con el miedo de que se puede derrumbar en cualquier momento y la culpa de no revelarlo si la relación llega a ser íntima (Earnshaw & Chaudoir, 2009).

### 1.3.3 Consecuencias de la perpetuación del estigma en la enfermedad por VIH

El estigma relacionado con la enfermedad por VIH es un fenómeno social amplio y global cuyas consecuencias se engloban dentro de múltiple dominios, teniendo mayor importancia los aspectos sociales, psicológicos y epidemiológicos.

#### *1.3.3.1 Aspectos sociales*

Las PVVS pueden encontrarse numerosos problemas derivados de la discriminación como denegación de servicios y violación de derechos laborales (que incluye la pérdida de empleo) y los derechos sanitarios, con realización de pruebas diagnósticas sin consentimiento, ruptura de la confidencialidad y actitudes negativas por partes del profesional sanitario (Chambers et al., 2015; Elford, Ibrahim, Bukutu, & Anderson, 2008; Schuster et al., 2012). The People Living with HIV Stigma Index indica que aproximadamente uno de cada ocho personas que viven con el VIH se les niega los servicios de salud a causa del estigma y la discriminación.

El efecto del estigma es aún más perverso al reforzar y solaparse con otras discriminaciones preexistentes (genero, orientación sexual, consumo de sustancias ilegales, raza...). Numerosos estudios se han llevado a cabo en mujeres con diagnóstico VIH, encontrando posibles consecuencias del estigma relacionado con el VIH: pérdida de ingresos y de subsistencia, pérdida de opciones de matrimonio y la maternidad, mala atención en el sector de la salud, pérdida de esperanza y sentimientos de inutilidad y pérdida de reputación. Además dificultan a las personas con VIH que sufren violencia de pareja la salida de la situación de maltrato, y origina formas concretas de violencia psicológica ejercidas por el maltratador (Cuca et al., 2017; C. H. Logie, Jenkinson, Earnshaw, Tharao, & Loutfy, 2016; Monteiro, Villela, Fraga, Soares, & Pinho, 2016; Newman, Williams, Massaquoi, Brown, & Logie, 2008; Sandelowski, Lambe, & Barroso, 2004).

### *1.3.3.2 Aspectos psicológicos*

El estigma relacionado con el VIH se asocia con angustia, vergüenza, depresión y disminución de la autoestima (al interiorizar la visión negativa que tiene la sociedad de ellos) . Puede relacionarse también con peor ajuste psicológico y estrés asociado con la revelación del secreto (A. Gonzalez, Solomon, Zvolensky, & Miller, 2009; Kang, Rapkin, & DeAlmeida, 2006; Vanable, Carey, Blair, & Littlewood, 2006)

Algunas personas son rechazadas por la familia, los amigos y la comunidad, en estos casos la revelación de información se transforma en un proceso social estigmatizante que puede resultar en el miedo al rechazo y al aislamiento, produciendo mayor erosión de sus derechos humanos y el daño psicológico. (Kalichman, DiMarco, Austin, Luke, & DiFonzo, 2003; Visser, Neufeld, Villiers, Makin, & Forsyth, 2008) Si deciden ocultar el estado serológico por temor a que sus amistades o familiares las abandonen o sean objeto del mismo estigma, algunas personas con VIH limitan sus relaciones interpersonales reduciendo sus redes de apoyo e incrementando el riesgo de aislamiento y discriminación (Black & Miles, 2002).

El nivel de estigma se ha relacionado con disminución de motivación para asumir pautas correctas de cuidado personal y de adherencia al tratamiento antirretroviral, y como consecuencia una peor calidad de vida. Logie y Gadalla, en un metanálisis llevado a cabo sobre el impacto del estigma en la PVVS en contextos más pobres de América del Norte, encontraron que niveles altos de estigma se asocian de forma significativa con un bajo apoyo social y peores resultados de salud física y mental (C. Logie & Gadalla, 2009).

### *1.3.3.3 Aspectos epidemiológicos*

El estigma y la discriminación en la enfermedad por VIH puede limitar el acceso a las pruebas diagnósticas, al tratamiento del VIH y a otros servicios sanitarios. Las personas no portadoras del VIH no se consideran miembros

de los grupos que tienen estereotípicamente más probabilidades de contraer el VIH / SIDA (por ejemplo, hombres homosexuales, usuarios de drogas intravenosas, prostitutas), creen que no están en riesgo de contraer VIH y son menos propensos a hacerse la prueba (Pulerwitz, Michaelis, Weiss, Brown, & Mahendra, 2010).

Además la posibilidad de convertirse en la persona estigmatizada, se ha relacionado con bajo acceso a la atención médica y al diagnóstico, y así evitar comunicar en el trabajo la causa futuras visitas médicas, el miedo a ser vistas en las salas de esperas o el temor anticipado a los efectos secundarios de algunas medicaciones (lipodistrofia)(Dlamini et al., 2009; Golin, Isasi, Bontempi, & Eng, 2002; Kinsler, Wong, Sayles, Davis, & Cunningham, 2007; Rao et al., 2012) .

Esto supone un gran obstáculo en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infección por el VIH. El miedo, el rechazo y la ignorancia favorecen su expansión y fomentan falsas creencias .

#### 1.3.4. Estigma en la infección por VIH: revisión de la literatura y recomendaciones para el futuro

La primera investigación llevada a cabo sobre el estigma en la enfermedad por VIH se publicó a finales de 1980 y se centraba principalmente en la evaluación del prejuicio y la discriminación de las personas no portadoras del VIH hacia las personas que padecían la infección (Kegeles, Coates, Christopher, & Lazarus, 1989).

Numerosos estudios se han realizado desde entonces para conocer las actitudes, el conocimiento y las experiencias relacionadas con el VIH por población no portadora del VIH. En 2012 en un estudio realizado por la Kaiser Family Foundation en población estadounidense, se observó que un 25 % de las personas de la muestra continúa creyendo que la enfermedad puede transmitirse por compartir un vaso (este dato es similar al obtenido en 1987). Un 45% se sentirían incómodos si su comida fuera preparada por

una persona portadora de VIH, 36% si su compañero de habitación lo fuera, un 29% si el profesor de su hijo lo fuera, y un 18% tener un compañero de trabajo. Un 16% cree que es un castigo y un 29% creen que es culpa del individuo el contraerla (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2012).

En España, la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA) y la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), con la participación de la Universidad del País Vasco realizaron un estudio en el años 2013 en el que 1.619 personas fueron entrevistadas por teléfono utilizando un cuestionario para medir diferentes grados de estigma hacia el colectivo. Los resultados de este estudio se compararon con los datos obtenidos de una encuesta similar efectuada en el 2008, que permite observar un cambio de tendencia positivo. Sin embargo, el equipo de investigadores muestra preocupación por algunos de los indicadores analizados. Por ejemplo, llama la atención que, todavía en 2012, un 49% de las personas entrevistadas admitan que se sentirían incómodas si un/a compañero/a de colegio de su hijo/a fuera portador del VIH. Del mismo modo, casi un 26% se sentirían incómodas trabajando con una PVVS y un 39%, en otros ámbitos de la vida cotidiana. El porcentaje de personas que siguen pensando que el VIH se puede transmitir por compartir un vaso o porque una persona afectada tosa o estornude cerca no ha variado desde el 2008 (15%).

Tampoco ha disminuido la tasa de encuestados que culpabiliza a las personas con el VIH por haber contraído el virus por vida sexual o tomar drogas (15%). Así mismo un 13 % de los entrevistados cree que en ciertos lugares la ley debería obligar a las PVVIH o SIDA estuvieran separadas para proteger la salud pública, y hacer públicos sus nombres para poder evitarles (Fuster, Molero, de Montes, Agirrezabal, & Vitoria, 2013).

En 2003, Parker y Aggleton señalaron que la inmensa mayoría de las intervenciones que habían sido desarrolladas y evaluadas en la investigación hasta ese momento, tenían como fin combatir el estigma relacionado con el VIH y el SIDA aumentando la tolerancia a las personas

con SIDA por parte de la población general, incluidos los profesionales sanitarios y así reducir los prejuicios y la discriminación hacia las PVVS (Parker & Aggleton, 2003). A pesar de que el objetivo es mejorar el estigma de las PVVS, la investigación se había centrado en muy pocas ocasiones en las vivencias, emociones o experiencias de las PVVS. Una muestra más de esa marcada diferencia, es que hoy en día hay 16 escalas para medir los mecanismos de estigma desde la perspectiva de los que no portan el virus, midiendo sobretudo los prejuicios y la discriminación (y en menor medida los estereotipos), frente a las 7 escalas que miden el estigma en PVVS.

Berger, en 2001, basándose en la literatura existente hasta ese momento sobre el estigma y los aspectos psicosociales del VIH, desarrolló uno de los primeros instrumentos para medir el estigma percibido por las personas con VIH. Contó con expertos en estigma de las disciplinas de sociología, psicología y enfermería que evaluaron la pertinencia y la claridad de cada uno de los ítems. Evalúa el estigma percibido, internalizado, experimentado (discriminación) y anticipado. La forma como el individuo percibe el estigma se refleja en el estigma percibido y el internalizado. El primero se refleja en cómo cree el individuo que el resto de la población responderá si supieran su diagnóstico, mientras que el segundo representa lo que el sujeto siente en relación a presentar infección por VIH (Berger, Ferrans, & Lashley, 2001). Posteriormente en Kalichman, en 2009, desarrolló en otra de las escalas más utilizadas en la investigación, la escala de Estigma Internalizado relacionado con VIH, una escala más corta y por tanto más fácil de administrar, pero que se centra únicamente en el estigma internalizado (Kalichman et al., 2009).

En España, Fuster analizó el papel mediador de la identidad social en la relación entre el estigma declarado y el estigma internalizado y la calidad de vida en un total de 557 personas con VIH. Los participantes fueron reclutados en hospitales y organizaciones no gubernamentales. Se administraron cuestionarios que midieron el estigma mediante la escala de estigma de VIH de Berger), la identidad social y la calidad de vida. Tanto el estigma declarado como el estigma internalizado esta presente en la muestra analizada, e influía

negativamente en la calidad de vida (Fuster-Ruizdeapodaca, Molero, Holgado, & Mayordomo, 2014).

Por tanto, futuras investigaciones son necesarias para poder seguir avanzando en el camino hacia la erradicación del estigma en la infección por VIH. Earnshaw y Chadoir, recomiendan considerar tres cosas en la evaluación del estigma en personas con infección por VIH: primero poner el foco en las PVVS, ya que la reducción de los prejuicios y la discriminación entre las personas no portadoras del virus no tiene que acompañarse necesariamente de mejores resultados para las PVVS. Segundo, evaluar la asociación de VIH con otras identidades y comportamientos devaluados como la homosexualidad, el uso de drogas, la pobreza, el género, y ciertos grupos raciales proporcionará una comprensión más completa de las experiencias de las PVVS. Por último, recomiendan preguntarnos acerca de los resultados del estigma del VIH, conocer las asociaciones negativas entre el estigma relacionado con la enfermedad por VIH y los resultados relacionados con la salud, y llamar la atención sobre la necesidad de desarrollar, probar, implementar las intervenciones para reducir el estigma del VIH. (Earnshaw & Chadoir, 2009).



## 1.4. Calidad De Vida en la enfermedad por VIH

### 1.4.1 Concepto de Calidad de Vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la Calidad de Vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones, englobando la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (WHOQOL, 1995).

Podemos decir por tanto que la calidad de vida es una cuestión personal y subjetiva que depende de la escala de valores del individuo, y los recursos emocionales y personales de cada persona, así como de factores económicos, sociales y culturales, lo que hace que sea muy difícil de medir y comparar (Fitzpatrick et al., 1992; I. B. Wilson & Cleary, 1995).

En los años 90 y con el fin de poder aplicar el concepto de calidad de vida en medicina, se comenzó a emplear el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) o salud percibida (Guyatt, 1993). La medición de la CVRS hace posible obtener información sobre la enfermedad y su impacto en la vida del paciente. Integra aquellos aspectos de la vida relacionados con el funcionamiento físico (midiendo la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria así como a los síntomas físicos resultantes de dicha enfermedad o tratamiento), el estado mental y el funcionamiento social (aspectos de las relaciones sociales y a la integración social) (Siegrist, Fernández-López, & Hernández-Mejía, 2000). Se limita por tanto a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad dejando fuera otros aspectos no médicos que pueden influir sobre la calidad de vida, pero se encuentran fuera del objeto de la salud o la medicina.

Desde una perspectiva histórica, tanto la formación de los profesionales de la salud como la propia organización de los servicios médicos, siempre se ha orientado hacia la curación y no tanto hacia otros aspectos como la prevención o la cronicidad. Gracias a los avances en el control de muchísimas de estas enfermedades agudas, las enfermedades crónicas han adquirido una relevancia mucho mayor, acentuada por la transición demográfica que resulta en una acumulación de personas mayores, en mayor riesgo de desarrollar justamente muchas de las enfermedades crónicas.

Esto ha permitido pasar en los últimos años de un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial y que la calidad de vida de las personas enfermas haya pasado a tener un papel más relevante, aumentando de forma importante el interés por medir la CVRS en enfermedades como el cáncer (Aaronson et al., 1993; Enzinger, Zhang, Weeks, & Prigerson, 2014; Faller et al., 2013), enfermedades neurológicas (Cella et al., 2011; Meyers, Gage, & Hendricks, 2000), enfermedades mentales (M. Atkinson, Zibin, & Chuang, 1997), cardiológicas (Gierlaszyńska, Pudło, Jaworska, Byrczek-Godula, & Gąsior, 2016; Rumsfeld et al., 2003), reumatológicas (Giacomelli et al., 2015; Scirè et al., 2013), tras intervenciones quirúrgicas (Urbach, 2005) o lesiones traumáticas (Tøien, Bredal, Skogstad, Myhren, & Ekeberg, 2011).

#### 1.4.2 Evaluación de la CVRS

El método más usado para determinar y evaluar el impacto de la enfermedad en la vida diaria del individuo y en su sensación de bienestar es la administración de cuestionarios. Estos deben ser capaces de reflejar el enfoque multidimensional de la CVRS, y valorar tanto el estado objetivo de salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos de satisfacción y la percepción de su propia salud.

La evidencia sugiere que la evaluación de la CVRS es beneficioso para:

- Medir la eficacia de una intervención médica o un tratamiento farmacológico en la práctica clínica cotidiana (Martin & Stockler, 1998).
- Mejorar la toma de las decisiones clínicas al identificar problemas y prioridades relevantes para el paciente (Soto Álvarez, 2003).
- Valorar las necesidades de la población y la comprensión de las causas y consecuencias de las diferencias en salud. Mejorar el rendimiento de los sistemas de salud, predecir la mortalidad y comparar la salud de diferentes grupos (Ebrahim, 1995).
- Realizar estudios de eficacia, efectividad, riesgo y aprobación de nuevos tratamientos (En Estados Unidos la Food and Drug Administration obliga a incluir la CVRS como un resultado para la evaluación de los nuevos tratamientos aplicables a las enfermedades crónicas) (Albert W. Wu, 2000).
- Proporcionar al paciente una perspectiva de sus cambios en la percepción de salud (Ebrahim, 1995).

Aunque existen diferentes criterios para clasificar los instrumentos de medida de la CVRS, lo más habitual es diferenciar entre instrumentos genéricos e instrumentos específicos para una enfermedad. Los instrumentos genéricos, no hacen referencia, ni están relacionados con ningún tipo de enfermedad concreta. Se pueden aplicar tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes, dado que suelen incluir un amplio espectro de dimensiones de la CVRS. Los instrumentos específicos son más sensibles y tienen mayor concordancia clínica con la sintomatología de la infección pero no se pueden comparar con otras enfermedades (Garratt, Schmidt, Mackintosh, & Fitzpatrick, 2002).

### 1.4.3 CVRS en la enfermedad por VIH

En la XII Conferencia Internacional sobre VIH celebrada en Vancouver en 1996 se presentó por primera vez la terapia combinada altamente activa (TARGA) que produjo un descenso drástico en la mortalidad y morbilidad de los pacientes, modificando el pronóstico de la enfermedad que pasó de ser una enfermedad mortal a un enfermedad crónica.

Factores como la necesidad de tomar un tratamiento de por vida, los efectos secundarios asociados a los fármacos, las numerosas comorbilidades que a veces se asocian, pero sobre todo la discriminación y el estigma asociado a la infección por VIH hacen necesario el evaluar la calidad de vida siguiendo la propuesta de la OMS, es decir, teniendo en cuenta no sólo los parámetros clínicos del paciente, si no también su posición en la vida dentro del contexto cultural, englobando el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las creencias personales (Grossman, Sullivan, & Wu, 2003).

La evaluación de la CVRS en la enfermedad por VIH es importante para documentar aspectos de desgaste de la enfermedad por su carácter crónico y mejorar la funcionalidad y el bienestar de las PVVS, teniendo en cuenta lo social, lo emocional, y lo clínico. Esta información no solo beneficia a los pacientes, si no que permite a lo profesionales y a los encargados de realizar los planes de salud de valorar la eficacia, la efectividad y el coste-beneficio de los programas que se llevan a cabo con el fin de poder llevar a cabo mejoras que se ajusten a estas necesidades (Detmar, Muller, Schornagel, Wever, & Aaronson, 2002; Albert W. Wu, 2000) .

Boer-van der Kolk, dentro del grupo de trabajo ANTHENA en Holanda, siguió la evolución de más de 500 pacientes con diagnóstico de VIH a lo largo de ocho años, y concluyó que la calidad de vida puede ser predictor de la supervivencia junto con otros factores sociodemográficos y clínicos. Explica que indagar en los aspectos de la calidad de vida permite detectar síntomas, muchas veces subclínicos de la enfermedad, que sólo la persona

percibe. Además la percepción de la salud influye en elementos como la red social o el trabajo. Por último, señala que la percepción de mala salud lleva a conductas que influyen de forma negativa en el cuidado del individuo, prestando menos atención a actividades preventivas, recomendaciones clínicas, o presentar una menor adherencia al tratamiento (que definitivamente empeora el pronóstico de la enfermedad) (de Boer-van der Kolk et al., 2010).

Comprender cuáles son los determinantes de la CVRS en la enfermedad por VIH, facilitaría el desarrollo de intervenciones enfocadas a mejorarla.

Los factores y parámetros de la enfermedad que se han relacionado con la CVRS en la enfermedad por VIH son los siguientes:

*1.4.3.1 Género:* No todos los estudios encuentran diferencias en la calidad de vida en función del género de los participantes. En algunos estudios se encuentra que los hombres tienen mejor calidad de vida frente a las mujeres (Abasiubong, Ekott, Bassey, Etukumana, & Edyang-Ekpa, 2010; Abboud, Noureddine, Huijjer, DeJong, & Mokhbat, 2010; Robberstad & Olsen, 2010). Sin embargo, estos estudios han sido realizados en países en vía de desarrollo, donde hay muchas diferencias entre hombres y mujeres en otros factores que se han relacionado con calidad de vida, como nivel académico, situación económica o situación laboral.

*1.4.3.2 Situación familiar:* Las personas que están casadas o mantienen una relación estable tienen mejor calidad de vida (Abboud et al., 2010; Belak Kovacević, Vurusić, Duvancić, & Macek, 2006; Haseli et al., 2014; Murri et al., 2003). Akinboro lo relaciona con la seguridad y la estabilidad económica que supone esta situación, así como un mayor apoyo social y una actividad sexual más satisfactoria, factores que por sí mismos se han relacionado con mejor calidad de vida (Akinboro et al., 2014).

*1.4.3.3 Estatus Socioeconómico: educación, empleo e ingresos:* Un mayor nivel educativo se asocia con una mejor calidad de vida (Belak Kovacević et al., 2006; Jelsma, Maclean, Hughes, Tinise, & Darder, 2005; Wig et al., 2006). En cuanto al nivel económico y la situación laboral, Hays explica que en algunos países el estar o no trabajando y la situación económica influye en el tipo de seguro médico y el tipo de asistencia sanitaria, situando en este contexto las diferencias en calidad de vida (Hays et al., 2000).

*1.4.3.4 Aspectos clínicos de la enfermedad:*

a. Virus e inmunidad: se ha puesto en relación los niveles de CD4 con la calidad de vida. Akinboro encuentra que pacientes con  $CD4 > 350$  células/mm<sup>3</sup> tienen mejor calidad de vida en los parámetros físicos, psicológicos y nivel de independencia (Akinboro et al., 2014). Preau y Manheimer también encuentran relación directa entre ambos parámetros .

b. Medicación y adherencia: varios estudios evalúan la relación entre los fármacos utilizados en el tratamiento de la infección por VIH y la calidad de vida. Pacientes en tratamiento con TARGA tienen mejor calidad de vida en el aspecto físico, psicológico, nivel de independencia, y espiritualidad frente a los que no están en tratamiento (Akinboro et al., 2014). Airoidi encuentra mejora en la calidad de vida seis meses después de un cambio de medicación a un solo comprimido al día, disminuyendo las limitaciones en actividades sociales y laborales, aumentando la presencia de sentimientos positivos y reduciendo los negativos (riesgo de deterioro en el futuro, control de la enfermedad). Además mejora la adherencia al tratamiento (Airoidi et al., 2010). Manheimer señala que la relación entre calidad de vida y adherencia al tratamiento se debe a que ambos están determinados por la carga viral, estadio de la enfermedad y los síntomas. Aquellos pacientes con mejor calidad de vida tienen mayor adherencia al tratamiento (Mannheimer et al., 2005).

c. Presencia de síntomas y comorbilidades: La presencia de síntomas derivados de la infección por HIV se asocia con una peor calidad de vida

(Cunningham MD et al., 1998; Hays et al., 2000; Herrmann et al., 2013), por lo que el manejo clínico correcto da lugar a una mejora en la calidad de vida de los pacientes (Wilson 1995). Del mismo modo, la presencia de enfermedades comórbidas, como la tuberculosis disminuyen la calidad de vida (Akinboro et al., 2014).

*1.4.3.5 Factores psicosociales:* La depresión en pacientes con VIH se asocia con peor calidad de vida (Douaihy & Singh, 2001; Herrmann et al., 2013; Jia et al., 2004; Park-Wyllie, Strike, Antoniou, & Bayoumi, 2007; Préau, Marcellin, et al., 2007; Ruiz-Pérez et al., 2005). Aquellos pacientes que experimentan más estigma refieren tener peor calidad de vida (Herrmann et al., 2013).

#### 1.4.4 Cuestionarios de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH

Para poder evaluar la CVRS en enfermedad por VIH son necesarios instrumentos de medida estandarizados con un buen funcionamiento psicométrico. Degroote en una revisión reciente presenta algunos de los instrumentos más utilizados (Degroote, Vogelaers, & Vandijck, 2014)

##### *1.4.4.1 Instrumentos genéricos*

EQ (EuroQol) Escala visual analógica del EUROQOL. Consiste en una escala visual analógica (EVA) para la autoevaluación del estado de salud, que simula un termómetro con un mínimo de 0 y un máximo de 100 (EuroQol Group, 1990).

SF- 36 (Medical Outcomes Study Short Form – 36). El cuestionario debe ser autoadministrado, y puede completarse en 5 o 10 minutos. Contiene 36 ítems que cubren 8 dimensiones del estado de salud (Stewart, Hays, & Ware, 1988).

##### *1.4.4.2 Instrumentos específicos*

MOS- HIV (Medical outcomes Study- HIV): consta de 35 preguntas que evalúan diez dimensiones de la salud (Wu et al., 1991).

MQOL- HIV (Multidimensional Quality of Life Questionnaire for people with HIV/AIDS): Consta de 40 ítems que miden 10 principales dimensiones de calidad de vida, el cuestionario se completa en menos de 10 minutos y se puede administrar mediante entrevista telefónica o en persona (Smith, Swislow, Avis, & Mayer, 1997).

HAT – QOL (HIV targeted quality of life instrument): Se trata de uno de los primeros instrumentos específicos para medir la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH. Mide nueve dimensiones de la salud (Holmes & Shea, 1999).

Fanning Quality of life Scale: El FQLS es una escala diseñada para evaluar el impacto de la infección por el VIH en la salud psicológica y física, las actividades diarias, las actividades sociales, la relación con el médico, y la identidad personal (Fanning, Emmott, & Psych, 1993)

Es imposible decir cual de los instrumentos es mejor para medir la CVRS de la PVVS y la elección debe hacerse en función del propósito de la evaluación que se lleve a cabo (Grossman et al., 2003).





## **2.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas (ONUSIDA) se han comprometido a acabar con la epidemia de SIDA en su carácter de amenaza mundial contra la salud en el año 2030. Para lograr este objetivo es necesario prestar atención no solo a la dimensión biomédica de la enfermedad, sino realizar una valoración integral de las PVVS teniendo en cuenta aspectos relacionados con el estigma, el malestar psíquico y la calidad de vida

La depresión es uno de los principales trastornos psiquiátricos diagnosticados en los pacientes con infección por VIH y su prevalencia, en torno al 37%, es dos a tres veces más alta que en la población general (Leserman, 2008; Rabkin, 2008). La comorbilidad de la infección por VIH con depresión, se relaciona con un peor cumplimiento de la pauta farmacológica TARGA, una peor adherencia y un mayor abandono del mismo (E. G. Bing et al., 2001; J. S. Gonzalez et al., 2011; Lima et al., 2007). A pesar de esto la depresión suele ser sub-diagnosticada y sub-tratada (Asch et al., 2003).

La European Aids Clinical Society (EACS), en un intento de facilitar la labor de los clínicos en la detección y diagnóstico de la depresión, propone en la Guía Clínica del 2014, realizar dos preguntas sencillas sobre el humor depresivo y la anhedonia (European AIDS Clinical Society, 2014). Las herramientas de cribado basadas en dos preguntas son útiles en la detección de depresión en población general, pero no hay estudios en población VIH europea (Arroll et al., 2003; Buckley, 2015). Con el estudio que presentamos el objetivo es dotar al clínico de una herramienta que le permita realizar el cribado de depresión en contextos médicos no especializados en salud mental.

El estigma y la calidad de vida son dos factores muy importantes en el abordaje global de las personas con infección por VIH. El estigma relacionado con el VIH se asocia con depresión, angustia asociada a la revelación del secreto, vergüenza, disminución de la autoestima y peor

calidad de vida, que a su vez se ha relacionado con la disminución de la supervivencia (Kalichman et al., 2009; Logie & Gadalla, 2009).

A pesar de ello, de los 15017 artículos relacionados con el VIH registrados en Pubmed en 2015, solo 539 están relacionados con el estigma y 352 con la calidad de vida en PVVS, la mayoría de ellos realizados en países en vía de desarrollo. Los estudios realizados en España que evalúan el estigma y calidad de vida en PPVS son escasos. Es importante continuar estudiando y abordando estas dos dimensiones de la infección por VIH, lo que permitiría poner en marcha estrategias para su mejora y de esta forma poder alcanzar el objetivo de propuesto por ONUSIDA para el año 2030.

### **3.- HIPOTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1. Hipótesis**

Realizar dos preguntas específicas relacionadas con síntomas de depresión en la consulta habitual de seguimiento del paciente con infección por VIH será una herramienta útil para un adecuado screening de depresión.

La presencia de sintomatología depresiva se asocia a mayor nivel de estigma y peor calidad de vida en las PVVS.

#### **3.2. Objetivos**

1.- Determinar la prevalencia de depresión en una cohorte de pacientes con diagnóstico de infección por VIH que acuden a consultas de VIH.

2.- Evaluar y comparar el rendimiento general de la escala HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) y las dos preguntas de cribado propuestas por la EACS como instrumentos de screening para la detección de trastornos depresivos en una cohorte de pacientes españoles con diagnóstico de infección VIH respecto al criterio diagnóstico de referencia realizado por un clínico especialista sobre la base de una entrevista diagnóstica estructurada (MINI).

3.- Estimar cual es el mejor punto de corte para cada opción de screening y determinar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo para dicho punto.

4. Evaluar el nivel de estigma y la calidad de vida en una cohorte de pacientes españoles con infección por VIH.

5. Determinar factores asociados a depresión, estigma y calidad de vida en una cohorte de pacientes españoles con diagnóstico de infección por VIH.



## **4.- PARTICIPANTES Y MÉTODO**

### **4.1. Diseño del estudio**

Estudio descriptivo de corte transversal

### **4.2. Población de estudio**

Este estudio se ha realizado en pacientes con diagnóstico de infección por VIH en seguimiento en la Unidad Monográfica del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

#### **4.2.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes entre 18-60 años con diagnóstico confirmado VIH+.
- Controlado de forma regular en consultas externas VIH con más de un mes de tratamiento o sin tratamiento (NAIVE).
- Pacientes que no padezcan una enfermedad incapacitante que impida la comprensión y cumplimentación de los instrumentos aplicados durante el estudio.
- Firma del consentimiento informado.

#### **4.2.2 Criterios de exclusión**

- Diagnóstico previo de: esquizofrenia y/o trastorno bipolar en fase aguda
- Diagnóstico de retraso mental o deterioro cognitivo que impida la comprensión del estudio
- No tener una comprensión suficiente del castellano

### 4.3. Selección de la muestra

Una vez obtenido el Consentimiento Informado, la recogida de datos se realizó en una sola fase durante los meses de enero a julio de 2014. En total se reclutaron 113 pacientes.

El médico internista de la Unidad Monográfica de VIH realizaba en la consulta habitual las dos preguntas de cribado propuestas en las guías Clínicas Europeas (EACS). Los participantes completaban la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), la escala de estigma de Estigma-VIH percibido, la escala Estigma internalizado -VIH y el cuestionario de calidad de vida, 36-Item Short Form Survey (SF-36) tras la consulta. A continuación fueron evaluados por un psiquiatra o psicólogo con experiencia clínica mediante la entrevista semi-estructurada para el diagnóstico clínico según criterios del DSM-IV-TR, considerada el gold-standard. El tiempo de la entrevista fue de 60 minutos. En el caso de que el paciente fuera diagnosticado de Trastorno depresivo, era remitido a la unidad psiquiátrica de referencia. Los datos sociodemográficos, epidemiológicos y clínicos se recogieron de las historias clínicas.

### 4.4. Variables del estudio

#### 4.4.1 Variables principales

- Depresión: diagnóstico MINI, propuesta EACS opción A y opción B y puntuación en la subescala de depresión del HADS

#### 4.4.2 Variables secundarias

- Estigma: Escala de Estigma- VIH y Escala de Estigma Internalizado -VIH
- Calidad de vida: escala SF-36
- Datos sociodemográficos: edad, estado civil, sexo, nivel de estudios, orientación sexual, situación laboral.

- Datos clínicos: estadio de la infección HIV, recuento de linfocitos CD4+, carga viral, vía de transmisión de la infección, presencia o ausencia de lipodistrofia, tratamiento actual, número de infecciones oportunistas, número de ingresos hospitalarios.
- Datos relacionados con el estado psicopatológico: antecedentes psiquiátricos personales y familiares, tratamiento psicofarmacológico actual y consumo de alcohol y otros tóxicos

## 4.5. Instrumentos de medidas

### 4.5.1. Depresión

#### 4.5.1.1 Preguntas screening EACS

Las guías clínicas europeas recomiendan hacer un screening de depresión anualmente o cada dos años en pacientes con diagnóstico de infección por VIH a través de dos preguntas a las que el paciente debe responder Si o No:

- 1.- ¿Te has sentido a menudo deprimido, triste o sin esperanza en los últimos meses?
- 2.- ¿Has perdido interés en actividades de las que normalmente disfrutas?

En nuestro estudio se exploraron dos opciones para el cribado:

- opción A: se contesta afirmativamente a una de las dos preguntas
- opción B: se contesta afirmativamente a las dos preguntas

#### 4.5.2.2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

La escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)) fue desarrollada por A. Zigmond y R. Snaith en 1983 con el fin de proporcionar un instrumento práctico para la identificación y la cuantificación de los síntomas de ansiedad y depresión en



pacientes con enfermedades médicas en un contexto hospitalario. No tiene en cuenta los síntomas físicos de la ansiedad y la depresión, que podrían confundirse con síntomas de la enfermedad somática, y tampoco síntomas que pueden aparecer en ambos tipos de trastornos (insomnio, anergia, fatiga y pesimismo sobre el futuro) .

La escala HADS es un cuestionario autoadministrado de 14 ítems, breve y por tanto fácil de completar y de comprender. Facilita una puntuación global de malestar, y dos subescalas, cada una de ellas con 7 ítems, que miden los síntomas de depresión (HADS-D) y de ansiedad (HADS- A) durante la última semana. Cada ítem, se puntúa en un rango de 0-3, siendo el rango de puntuación total de cada una de las subescalas de 0 a 21. HADS-A y HADS-D pueden combinarse y alcanzar una puntuación total (HADS-T), usada como screening para distrés psicológico general.

Aunque no existe un punto de corte establecido en el estudio original las puntuaciones > 11 se consideran un cuadro clínicamente significativo, mientras que una puntuación entre 7-8 sugiere un cuadro probable de ansiedad y depresión (Zigmond and Snaith, 1983).

Brennan en un metanálisis llevado a cabo en 2010, sugiere que para trastorno depresivo mayor, el corte en  $\geq 8$  tiene una sensibilidad de 0.82, y una especificidad de 0.74. Sin embargo un punto de corte  $\geq 11$  da una sensibilidad de 0.56 y una especificidad de 0.92 (Brennan et al 2010). Estos datos coincidían con estudios realizados con anterioridad (Bjelland, 2002; Löwe, 2004; Stafford, 2007).

Investigaciones psicométricas anteriores han demostrado que la escala HADS tiene una buena consistencia interna y fiabilidad test-retest en pacientes con diagnóstico de VIH proporcionando un método válido para el diagnóstico de depresión en esta población (Choi, 2014; Kittner, 2014; Kayouni, 2008; Savard 1998).

#### 4.5.2.3. *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*

Entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (APA, 2002) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 1992). La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno de los cuales corresponde a una categoría diagnóstica. Los diagnósticos son establecidos durante la entrevista, las respuestas son dicotómicas y evalúa la presencia de los desórdenes más comunes; así mismo, confirma la severidad de los síntomas (Sheehan et al., 1998; Ferrando et al., 2000; Heinze Martín et al., 2000).

#### 4.5.3 Estigma

##### 4.5.3.1 *Escala de Estigma - VIH (HIV Stigma Scale)*

La escala fue desarrollada en 2001 por Berger y colaboradores, para medir la percepción de estigma entre las personas con infección por VIH (Berger et al., 2001). Los resultados pueden medirse mediante la suma de los 40 ítems con los que cuenta la escala (puntuación total), o bien mediante la suma de la combinación de varios de estos ítems que proporcionan cuatro subescalas diferenciadas e independientes entre sí:

- Subescala 1: Estigma personal percibido (18 ítems)
- Subescala 2: Preocupación acerca de revelar la serología (10 ítems)
- Subescala 3: Autoimagen negativa (13 ítems)
- Subescala 4: Preocupación por las actitudes públicas de rechazo hacia las personas con PVVS (20 ítems)

Los ítems se contestan según una escala Likert de 4 puntos (muy de acuerdo = 4, de acuerdo = 3, en desacuerdo = 2, muy en desacuerdo = 1). Esta herramienta no tiene puntos de corte definidos con lo que, independientemente de si queremos ver el estigma global o cada uno de los

factores, a mayor puntuación en el sumatorio se supone que mayor estigma. Con esta escala se evalúa el estigma declarado, el estigma anticipado, y el estigma internalizado. Posee una consistencia interna estudiada por el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,96 para la puntuación total.

Ante la inexistencia de una versión en castellano de la HIV Stigma Scale, se llevó a cabo una doble traducción de la escala. Los 40 ítems fueron traducidos independientemente desde el inglés al español por tres miembros del grupo de investigación que realizan actividad clínica con pacientes con infección por VIH. Las tres versiones se compararon y se creó una única versión, que fue revisado por un consultor externo bilingüe y comparada con la original. Algunos de los ítems no podían ser contestados de forma clara en la escala Likert por lo que se decidió convertir la forma de respuesta a una respuesta dicotómica (Si/ No) que identifiquen las posiciones extremas de Presencia / ausencia, de acuerdo /en desacuerdo con el contenido expresado en las preguntas.

El sumatorio de las respuestas (SI=1 / NO=0) marca el estigma, siendo la ausencia de estigma 0 y el máximo de estigma 40. Al igual que en la escala original, no hay un punto concreto que delimite la presencia o ausencia de estigma, si no que a mayor puntuación obtenida mayor nivel de estigma.

#### *4.4.3.2 Escala de estigma internalizado -VIH*

Desarrollada por Kalichman en 2009 (Kalichman et al., 2009). Se trata de una escala psicométrica que evalúa el estigma internalizado mediante 6 ítems con respuesta dicotómica (Si/No). Ha mostrado una buena consistencia interna ( $\alpha=0.75$ ) y persistencia en el tiempo ( $r=0.53$ ). Cuando se responde de forma afirmativa se equipara a un punto mientras que la respuesta negativa puntúa 0. No hay punto de corte siendo la puntuación 6 el máximo nivel de estigma.

#### 4.4.4 Calidad de vida

Se decidió utilizar una escala genérica de CVRS para poder comparar esta dimensión con la calidad de vida en otras enfermedades crónicas que no tienen porque estar tan marcadas con características como el estigma o la discriminación.

##### 4.4.4.1 Cuestionario de Salud MOS SF-36 (36-item Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey).

El Cuestionario de Salud SF-36 es un instrumento utilizado para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que fue elaborado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study / MOS) por Ware y Sherburne en 1992 (Ware & Sherbourne, 1992).

La versión española del cuestionario SF-36 es un instrumento adecuado para su uso en investigación y en la práctica clínica. Posee una consistencia interna estudiada por el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,8 para todas las funciones, menos para la función social que es de 0,76. La estabilidad, medida por test-retest con dos semanas de diferencia es de 0,8 para la función física, vitalidad, percepción general de la salud y 0,6 para la función social.

Es un instrumento genérico, breve y autoadministrado, que contiene 36 ítems que cubren 8 dimensiones del estado de salud y un ítem que provee información acerca del cambio percibido en la salud, puede completarse en 5 o 10 minutos.

Las ocho dimensiones son:

- Función física (PF): Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos (10 ítems).

- Rol físico (RF): Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas (4 ítems).
- Dolor corporal (BP): Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar (2 ítems).
- Salud general (GH): Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar (5 ítems).
- Vitalidad (VT): Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y desánimo (4 ítems).
- Función social (SF): Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual (2 ítems).
- Rol emocional (RE): Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo (3 ítems).
- Salud mental (MH): Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general (5 ítems).

Para cada dimensión los ítems son codificados, agregados y transformados linealmente en una escala de recorrido de 0 a 100, siendo directamente proporcionales al estado de salud.

El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global, pero permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión, siendo una la suma del estado de salud física y otra el estado de salud mental. El componente sumario físico (PCS) incluye las puntuaciones de las dimensiones función física (PF), rol físico (RF), dolor corporal (BP) y salud general (GH) y el componente sumario mental, las de Vitalidad (VT), función social (SF), rol emocional (RE) y salud mental (MH).

#### **4.6. Aspectos éticos**

El estudio se realizó conforme la normativa local y los principios establecidos internacionalmente en la declaración de Helsinki (última modificación aprobada en la 64<sup>a</sup> Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013). Se respetó en todo momento la confidencialidad de los datos (LOPD 15/99) y se buscó la aprobación del Comité de Ética y Ensayos Clínicos del Hospital La Paz y el Hospital 12 de Octubre.

#### **4.7. Análisis de los datos**

Se realizó un análisis previo del tamaño muestral asumiendo una prevalencia de ansiedad de 0.4 y depresión de 0.37 en población con infección por VIH, con una sensibilidad del 0.63, una especificidad de 0.93 y una precisión de 0.1.

Las variables cualitativas se expresan en frecuencias absolutas (N) y relativas (porcentajes); las variables cuantitativas en forma de media y desviación estándar, mediana y percentiles 25 y 75. Se testó la normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (con la corrección de Lilliefords).

Se determinó el mejor punto de corte para cada opción de screening y posteriormente se determinó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, cociente de probabilidades positivo y negativo, precisión de la prueba e índice de Youden para cada uno de ellos. La concordancia entre las pruebas diagnósticas realizó con el índice Kappa, y los índices se compararon mediante la prueba de homogeneidad de Kappa.

Se evaluó la capacidad de selección de la puntuación total de HADS, la subescala de depresión de HADS, EACS (A) y EACS (B) usando curvas ROC. Se compararon las distintas áreas bajo la curva de cada uno de ellos mediante la prueba Hanley y Mcneil.

Se analizó la consistencia interna del cuestionario adaptado Escala de Estigma-VIH mediante el alfa de Cronbach.

Se estudiaron las posibles asociaciones entre sintomatología depresiva y variables sociodemográficas y clínicas con técnicas bivariantes (Chi-cuadrado y test exacto de Fisher) y se analizaron los factores predictores de depresión mediante análisis de regresión logística. Para ello se realizaron análisis de regresión logística univariantes con las variables sociodemográficas y clínicas, estigma y calidad de vida y se incluyeron en el modelo multivariante (*“por pasos hacia atrás”*) las que habían mostrado un valor de  $p < 0.1$  y aquellas variables con relevancia clínica.

Se analizaron las posibles asociaciones entre estigma y depresión, calidad de vida y variables sociodemográficas y clínicas mediante coeficientes de correlación (de Pearson o de Spearman, según correspondiera) y con análisis de la varianza de un factor. Se comprobó la homogeneidad de varianzas con la prueba de Levene y, en caso de no poder admitir la igualdad de varianzas, se usó la prueba robusta de igualdad de medias de Brown-Forsythe. Se realizaron contrastes post-hoc para las variables con más de dos categorías (Bonferroni en el caso de varianzas homogéneas, y T3 de Dunnett si no lo son). Los factores predictores de estigma se evaluaron con análisis de regresión lineal univariantes y multivariantes (incluyendo en el modelo aquellas variables que

habían mostrado un valor de  $p < 0.1$  y/o con relevancia clínica y con el método “stepwise”).

Se siguió el mismo procedimiento estadístico para evaluar las asociaciones entre calidad de vida y depresión, estigma y variables sociodemográficas y clínicas

Las diferencias en la puntuación de los componentes sumarios se han testado mediante un análisis de la varianza de un factor. Se ha comprobado la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene. En el caso de no poder admitir la igualdad de varianzas, se ha usado la prueba robusta de igualdad de medias de Brown-Forsythe. Se han realizado contrastes post-hoc para las variables con más de dos categorías (Bonferroni si las varianzas son homogéneas y T3 de Dunnett si no lo son).

Para todos los análisis estadísticos se consideró un nivel de confianza del 95%. Se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY).





## **5.- RESULTADOS**

### **5.1. Análisis descriptivo de las características de la muestra**

De los 113 pacientes incluidos en el estudio, 91 (80,5%) eran hombres, con una edad media de 45,8 años (IQR 42-52). EL 37,2% estaban casados, frente a los solteros (45,1%), divorciados (10,6%) y viudos (7,1%). El 64,6% se declaraban heterosexuales, frente al 31 % de homosexuales y el 4,4 % de bisexuales. El 77% vivía acompañado, y un 30% de ellos lo hacía durante más de 20 años, un 21,9% durante 1 a 3 años, un 24% durante 4-10 años y otro 24% durante 11 a 20 años.

El 46,9% solo contaba con estudios primarios frente al 24,8 % de universitarios y un 26,5 % con estudios secundarios. El 46% estaba desocupado, frente al 54% que trabajaba o estudiaba. Un 92% residían en un ámbito urbano.

En relación a las características clínicas, el 92,7% de los pacientes habían sido diagnosticados de infección por VIH hacía más de un año, y solo 8 pacientes (7,3%) hacía menos de 12 meses. 56 pacientes (50,5%) estaban en un estadio A de la infección, 32 (28,8%) en un estadio B y 23 (20,7%) en un estadio C. Casi el 80% (78,8%) del total de los pacientes tenía una carga viral indetectable, la mediana (IQR) de CD4 era de 584 (462-746) cel/ $\mu$ L .

Más de un tercio de los pacientes (35,8%) habían adquirido la infección por contacto homosexual, otro tercio por contacto heterosexual (34,9%), un caso por transmisión vertical y un 28,4% por uso de drogas por vía parenteral. La mayoría de los pacientes (85%) estaban con TARGA. En cuanto a las infecciones oportunistas, cerca de un tercio de los pacientes (32,4%) había tenido al menos una infección oportunista y un 52,9% había sido hospitalizado en algún momento. Solo el 10,3% tenía lipodistrofia.

En cuanto a las variables relacionadas con el estado psicopatológico, el 32,7% tenía antecedentes psiquiátricos personales y el 18,6% antecedentes psiquiátricos familiares. El 86,7%, no tomaba tratamiento psicofarmacológico.

En cuanto al consumo de alcohol, el 26,5% había consumido alcohol en el pasado y el 13,3% lo hacía en la actualidad. Porcentajes similares se encontraron en relación al consumo de otros tóxicos, el 30,1 % había consumido en el pasado y un 15% lo hacía en la actualidad.

## 5.2. Prevalencia de depresión

### 5. 2.1 Prevalencia de depresión según el cuestionario MINI

Se considera criterio de definición de depresión el obtener un resultado positivo en cualquiera de los 3 módulos A y/o del B. De los 113 pacientes 24 (21,2%; IC 95%: 13,3-29,2%) tenían diagnóstico de depresión.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (analizado mediante análisis bivariante) en las características demográficas, relacionadas con el VIH o con el estado psicopatológico del paciente, en función del diagnóstico o no diagnóstico de depresión según el cuestionario MINI. Tablas incluidas en anexo I.

### 5. 2. 2 Prevalencia de depresión según propuesta EACS

En la tabla 1 se pueden ver los datos de prevalencia de depresión utilizando las dos opciones propuestas siguiendo las preguntas del EACS.

		N	% (IC95%)
<b>Depresión EACS (A): Cualquier respuesta afirmativa</b>	No	64	56,6 (47,1-66,2)
	Sí	49	43,4 (33,8-52,9)
<b>Depresión EACS (B): Ambas respuestas afirmativas</b>	No	81	71,7 (62,9-80,4)
	Sí	32	28,3 (19,6-37,1)

Tabla 1. Prevalencia de depresión según propuesta del EACS

No existieron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariante entre los grupos de sujetos con y sin diagnóstico de depresión en las

características demográficas, variables relacionadas con el estado psicopatológico y variables relacionadas con la infección VIH , excepto en la carga viral. El porcentaje de pacientes con carga viral detectable es significativamente superior en los que sí tienen depresión según el criterio EACS (A), un 32.6% frente a 12.1% en no-depresión ( $p= 0,015$ )

### 5. 2. 3 Prevalencia de depresión según escala HADS

Se utilizó la subescala de depresión de 7 ítems del HADS, y la escala completa de 14 ítems del HADS. En este caso se considera que una puntuación mayor o igual a 12 es indicativa de distrés. En la tabla 2 se recogen los datos obtenidos con los dos criterios.

		N	% (IC 95%)
HADS Depresión	Normal (0-7)	93	82,3 (74,8-89,8)
	Dudoso (8-10)	12	10,6 (4,5-16,72)
	<b>Problema clínico (&gt;10)</b>	<b>8</b>	<b>7,1 (1,9-12,3)</b>
HADS Distrés	No (< 12)	70	61,9 (52,6-71,3)
	Sí ( $\geq 12$ )	43	38,1 (28,7-47,4)

Tabla 2. Prevalencia de depresión según escala HADS

### 5.2.4 Diferencias en la prevalencia de depresión según distintas pruebas diagnósticas y concordancia con el cuestionario MINI

El gráfico 1 permite observar y comparar las prevalencias de depresión obtenidas utilizando las distintas herramientas diagnósticas.

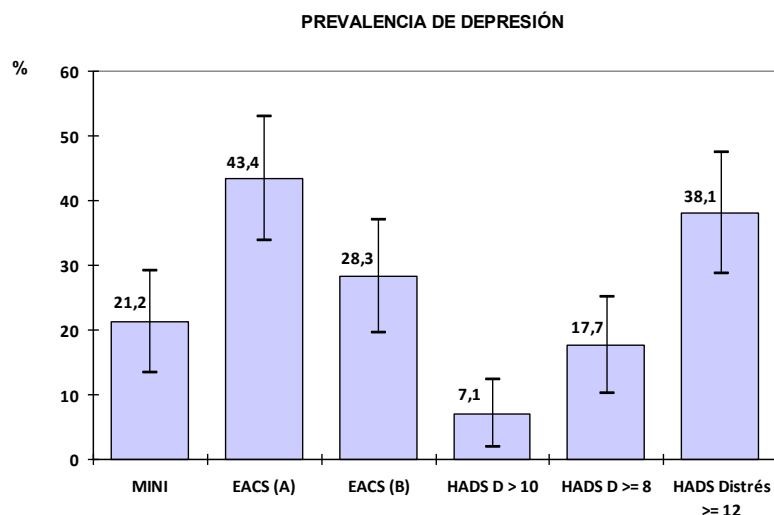


Figura 1. Diferencias en la prevalencia de depresión de las distintas herramientas diagnósticas

Se calculó el índice Kappa de cada una de las opciones de screening de depresión con respecto al MINI (gold standard), para poder medir la concordancia entre las distintas pruebas diagnósticas. Los índices Kappa (IC 95%) de cada prueba y los valores de significación obtenidos en las pruebas de contraste se presentan en la Tabla 3.

	N	% (IC95%)	Prueba de Contraste	
			p Chi <sup>2</sup>	Kappa (IC95%)
<b>Cuestionario MINI</b>	<b>24</b>	<b>21,2 (13,3-29,2)</b>		
<b>EACS (A)</b> Cualquier respuesta afirmativa	49	43,4 (33,8-52,9)	< 0,001	0,48 (0,33-0,63)
<b>EACS (B)</b> Ambas respuestas afirmativas	32	28,3 (19,6-37,1)	< 0,001	0,62 (0,46-0,79)
<b>HADS Depresión</b> (> 10: "problema clínico")	8	7,1 (1,9-12,3)	0,061	0,16 (-0,04-0,36)
<b>HADS Depresión</b> (≥ 8: al menos, "dudoso")	20	17,7 (10,2-25,2)	< 0,001	0,62 (0,42-0,79)
<b>HADS distrés ≥ 12</b>	43	38,1(28,7-47,4)	< 0,001	0,57 (0,42-0,72)

Tabla 3. Concordancia de las distintas pruebas diagnósticas de depresión

De las 5 pruebas diagnósticas analizadas, 4 de ellas presentaron una alta concordancia con el cuestionario MINI. La concordancia del criterio de una puntuación  $> 10$  en la subescala de depresión con el cuestionario MINI fue pobre ( $K = 0.16$ ), no alcanzando la significación estadística.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la concordancia de las pruebas EACS (A), EACS (B), HADS Depresión  $\geq 8$  y HADS distrés  $\geq 12$ , con el cuestionario MINI. El índice de Kappa más bajo es el de la propuesta EACS (A), y los índices de Kappa más altos correspondieron a EACS (B) y HADS depresión  $\geq 8$ , presentando por tanto una mayor concordancia con el cuestionario MINI.

### 5.3. Evaluación de los métodos de screening de depresión empleados

#### 5.3.1 Comparación curvas ROC: Gold-standard: depresión según cuestionario MINI

La figura 2 muestra las curvas COR de los cuatro métodos de screening para identificar casos de depresión.

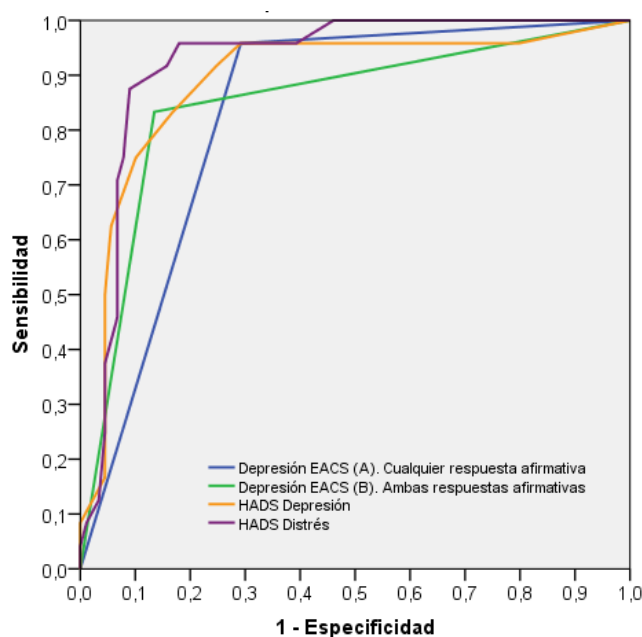


Figura 2. Curvas ROC de los cuatro métodos diagnósticos

El área bajo la curva (AUC) de todas las pruebas (Tabla 4) fue estadísticamente significativa, siendo la de la escala HADS Distrés la que tuvo una mayor AUC y un IC 95% más estrecho, y el criterio EACS (A), el que tuvo menor AUC.

	AUC	IC (95%)
Depresión EACS (A)	0,83	(0,75-0,91)
Depresión EACS (B)	0,85	(0,75-0,95)
HADS Depresión	0,89	(0,81-0,97)
HADS Distrés	0,92	(0,87-0,98)

Tabla 4. Tabla comparación curvas ROC de los distintos métodos diagnósticos

Se comparó el AUC de las cuatro curvas simultáneamente, en grupos de tres curvas (excluyendo una en cada caso) y por pares. Las diferencias estadísticamente significativas observadas cuando se comparan las cuatro curvas a la vez ( $p= 0.022$ ), obedecen a la mayor AUC de HADS Distrés y a la menor AUC de EACS (A). En las comparaciones de curvas “dos a dos”, y en las comparaciones de tres curvas sólo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre estas dos curvas (Tabla 5)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre EACS (B), HADS Depresión y HADS Distrés (excluyendo EACS (A), la menor AUC). Tampoco entre EACS (A), EACS (B) y HADS Depresión (excluyendo HADS Distrés, la “mejor” curva).

	Curvas comparadas	p
<b>Todas</b>	EACS (A), EACS (B), HADS Depresión y HADS Distrés	<b>0,022</b>
<b>Tres curvas</b>	EACS (A), EACS (B) y HADS Depresión (sin HADS Distrés)	0,281
	EACS (B), HADS Depresión y HADS Distrés (sin EACS A)	0,164
	EACS (A), HADS Depresión y HADS Distrés (sin EACS B)	<b>0,040</b>
	EACS (A), EACS (B) y HADS Distrés (sin HADS Depresión)	<b>0,030</b>
<b>Dos curvas</b>	EACS (A) y EACS (B)	0,763
	EACS (A) y HADS Depresión	0,282
	EACS (A) y HADS Distrés	<b>0,031</b>
	EACS (B) y HADS Depresión	0,500
	EACS (B) y HADS Distrés	0,145
	HADS Depresión y HADS Distrés	0,502

Tabla 5. Pruebas de comparación de curvas ROC (Hanley y Mcneil)

### 5.3.2 Sensibilidad, especificidad y otros indicadores de las pruebas diagnósticas. Gold-standard: depresión según cuestionario MINI

Se calcularon todos los índices necesarios para valorar el comportamiento de las diferentes herramientas diagnósticas de depresión (Tabla 6).

El punto de corte de HADS depresión para definir problema clínico ( $> 10$ ), tuvo muy baja sensibilidad y pobre concordancia con el criterio MINI. Por lo que se analizaron otros puntos de corte de dicha escala.



	S	E	VPP	VPN	RV+	RV-	IV	IY
EACS (A)	0,96	0,71	0,47	0,98	3,28	0,06	0,76	0,67
EACS (B)	0,83	0,87	0,63	0,95	6,18	0,19	0,86	0,70
HADS Depresión $\geq 5$	0,92	0,75	0,50	0,97	3,71	0,11	0,79	0,67
HADS Depresión $\geq 6$ (o $> 5$ )	0,83	0,83	0,57	0,95	4,94	0,20	0,83	0,66
HADS Depresión $\geq 7$ (o $> 6$ )	0,75	0,90	0,67	0,93	7,42	0,28	0,87	0,65
HADS Depresión $\geq 8$ (o $> 7$ )	0,63	0,94	0,75	0,90	11,13	0,40	0,88	0,57
HADS Depresión $> 10$ *	0,17	0,96	0,50	0,81	3,71	0,87	0,79	0,12
HADS Distrés $\geq 12$	0,96	0,78	0,53	0,99	4,26	0,05	0,81	0,73
HADS Distrés $\geq 13$ (o $> 12$ )	0,96	0,82	0,59	0,99	5,33	0,05	0,85	0,78
HADS Distrés $\geq 14$ (o $> 13$ )	0,92	0,84	0,61	0,97	5,83	0,10	0,86	0,76
HADS Distrés $\geq 15$ (o $> 14$ )	0,88	0,91	0,72	0,96	9,73	0,14	0,90	0,79
EACS (A) y HADS Depresión $> 8$	0,63	0,96	0,79	0,90	13,91	0,39	0,88	0,58
EACS (B) y HADS Depresión $> 8$	0,63	0,96	0,79	0,90	13,91	0,39	0,88	0,58

Tabla 6. Sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), razón de verosimilitud positiva (RV+), razón de verosimilitud negativa (RV-), índice de validez (IV) e índice de Youden (IY) de las distintas pruebas diagnósticas empleadas.

Una puntuación igual o mayor de 6 ofrece una sensibilidad y especificidad del 83%, mientras que una puntuación igual o mayor de 7 tiene mas baja sensibilidad (75%) y mejor especificidad (90%). El punto de corte  $\geq 8$  presenta una sensibilidad del 63% y una alta especificidad, con un índice de validez mejor que los dos puntos anteriores (0.88). Con respecto al HADS-T, el mejor punto de corte parece ser el de 13 con una sensibilidad de 0,96 y una especificidad de 0,82.

Se analizaron varias estrategias combinadas con el objetivo de valorar la mejor opción de screening. Aunque la combinación EACS (A) y HADS depresión  $\geq 8$  y EACS (B) y HADS depresión  $\geq 8$  ofrecen los mismo valores en sensibilidad, especificidad y el resto de los indicadores, EASC (B) tiene mas baja sensibilidad (0.83) y mejor especificidad (0.87), por ello, la mejor estrategia de

screening es la propuesta, EACS (B) y HADS depresión  $\geq 8$ , que a su vez tiene con mayor concordancia con el cuestionario MINI (tabla 6).

## 5.4. Nivel de estigma

### 5.4.1 Puntuación total y puntuación de las subescalas de la Escala de Estigma - VIH

Todas la puntuaciones de la Escala de Estigma - VIH (total y de cada subescala) fueron transformadas a una escala 0-100, para facilitar la interpretación (Tabla 7). Dado que la escala se modificó en la forma de respuesta, se calculó el alfa de Cronbach para establecer la consistencia interna de la escala, con un resultado de 0.89, que se considera excelente. Sólo se va a utilizar la escala de estigma de Berger en el resto de los análisis

	N	Media	D. T.	Mediana	P. 25	P. 75	Mínimo	Máximo
Subescala 1	113	27,8	24,4	22,2	5,6	38,9	0,0	94,4
Subescala 2	113	68,5	23,5	80,0	50,0	90,0	10,0	100,0
Subescala 3	113	31,3	20,7	30,8	15,4	46,2	0,0	92,3
Subescala 4	113	44,7	22,3	45,0	30,0	60,0	0,0	90,0
Puntuación total	113	42,8	18,7	45,0	27,5	55,0	7,5	90,0

Tabla 7. Análisis descriptivo de las puntuaciones totales y subescalas de la escala Escala de Estigma- VIH

En la subescala 1, que evalúa el estigma personal percibido, encontramos que el 81,4 % no se siente apartado y aislado del resto del mundo, el 85% no ha experimentado el distanciamiento de personas por saber su diagnóstico, el 83,2% no ha tenido la experiencia que la gente que lo sabe evite tocarle, ni que no quieran tener contacto físico (73,5%), el 77,9% no ha notado que eviten que esté con los hijos de quien lo sabe. El 67,3% no ha sentido que los demás actuaran como si fuera culpa suya, el 71,7% no cree que la gente se asuste, el

81,4 no siente que tiendan a ignorar sus puntos fuertes, y el 85% no cree que cuando la gente lo sabe busque debilidades. Un 84% no cree que contar a otros ha sido un error, y el 68,1 % no se arrepiente de haberlo contado a algunas personas, el 81,4% no ha perdido amigo por decirlo, y el 77,9 % no se ha dejado de relacionar con algunas personas por las reacciones, aunque al 61,9%le ha dolido la reacción de la gente cuando se ha enterado.

En la subescala 2 del cuestionario, que se relaciona con la preocupación acerca de revelar la serología, el 79,6 % mantiene en secreto su diagnóstico en muchas áreas de su vida, el 82,3 % cree que es arriesgado revelar el diagnóstico, el 70,8 % se esfuerzan para mantener el VIH en secreto, el 89,4% es cuidadoso sobre a quien le cuenta que tiene el VIH, al 74,3% le preocupa ser discriminado y al 68% ser juzgado. Al 69% le preocupa que quien lo sabe se lo cuente a otros y por eso un 56,6% les pide que lo mantengan en secreto.

En la subescala 3, que evalúa la autoimagen negativa, encontramos que el 58,9% no se siente culpable por tener VIH, al 61,9 % no le hace sentir mal la actitud de la gente, el 78,8% no se siente que no es tan bueno como otros por tener VIH, el 86,7% no se siente sucio, el 93,8 % no se siente mala persona, el 82,3% no siente que su cuerpo sea asqueroso, aunque el 62,8% se ha sentido alguna vez avergonzado por tener VIH.

Por último en la subescala 4, que hace referencia a la preocupación por las actitudes públicas de rechazo hacia las personas con PVVS, encontramos que el 79,6 % creen que las personas con VIH son tratados como marginados, el 75,2% creen que pierden su trabajo si los jefes se enteran, el 74,3% cree que las personas con VIH son rechazadas cuando los demás se enteran, el 55,8% creen que la mayoría de la gente piensa que una persona con VIH es sucia y el 51,3 que son repugnante. El 64, 6% cree que la gente se siente incomoda cuando están cerca de alguien con VIH.

### 5.4.2 Puntuación total Escala de Estigma Internalizado -VIH

En la tabla 8 se presentan los resultados del análisis de puntuaciones obtenidas en la escala de Estigma Internalizado.

	N	Media	D. T.	Mediana	P. 25	P. 75	Mínimo	Máximo
Escala estigma internalizado -VIH Puntuación total	113	2,7	1,7	2,0	2,0	4,0	0,0	6,0

Tabla 8. Análisis descriptivo de las puntuaciones totales Escala de estigma internalizado –VIH

## 5.5. Estudio de la calidad de vida

Se realizó análisis descriptivo de las ocho dimensiones del cuestionario SF36 y de sus componentes sumarios físico y mental (Tabla 9)

	N	Media	D. T.	Mediana	P. 25	P. 75	Mín.	Máx.
Función Física (PF)	113	89.1	16.2	95.0	85.0	100.0	25.0	100.0
Rol Físico (RF)	113	75.9	35.5	100.0	50.0	100.0	0.0	100.0
Dolor Corporal (BP)	112	72.9	27.4	84.0	51.5	100.0	0.0	100.0
Salud General (GH)	112	59.5	21.9	62.0	45.0	77.0	10.0	100.0
Vitalidad (VT)	112	63.1	23.0	70.0	50.0	80.0	10.0	100.0
Función Social (SF)	112	75.3	28.3	87.5	50.0	100.0	0.0	100.0
Rol emocional (RE)	113	64.6	42.3	100.0	33.3	100.0	0.0	100.0
Salud Mental (MH)	112	66.4	21.8	70.0	52.0	84.0	8.0	100.0
Componente Físico (PCS) Sumario	112	52.2	9.1	53.9	47.1	57.2	23.2	72.2
Componente Mental (MCS) Sumario	112	42.3	15.6	47.9	29.3	55.0	8.9	67.5

Tabla 9. Análisis descriptivo de las puntuaciones del cuestionario SF- 36

## 5.6. Variables relacionadas y análisis de los factores predictores de la depresión

Para conocer la relación entre el diagnóstico de depresión (entrevista MINI) con el resto de variables del estudio, se realizó una regresión logística univariante, en la que la variable dependiente es la depresión, y las variables independientes todas las variables clínicas y sociodemográficas.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de depresión (entrevista MINI) y la edad, los años de convivencia, el nivel de estigma, el sumario del componente mental de la escala de calidad de vida, y el consumo de tóxicos actual (Tablas 10, 11, 12 y 13).

		MINI	
		OR (IC95%)	p
Edad		<b>0.96 (0.92-1.00)</b>	<b>0.080</b>
CD4		1.0 (1.0-1.0)	0.570
Sexo	Hombre	1	
	Mujer	1.5 (0.5 - 4.3)	0.443
Estado civil	Casado/a, en pareja	1	
	Otro	0.6 (0.2-1.7)	0.363
Orientación sexual	Homosexual	1	
	Bisexual	0.0 (0.0 - )	0.999
	Heterosexual	0.5 (0.2 - 1.2)	0.115
Convivencia	Acompañado/a	1	
	Solo/a	1.1 (0.4 - 3.3)	0.794
Años de convivencia	1-3 años	2.7 (0.6 - 12.9)	0.211
	4-10 años	<b>3.8 (0.9 - 16.8)</b>	<b>0.079</b>
	11-20 años	3.1 (0.7 - 13.9)	0.148
	>20	1	
Nivel educativo	Analfabetismo / Primarios	0.8 (0.2 – 2.7)	0.695
	Secundarios	2.7 (0.8 – 9.0)	0.115
	Universitarios	1	
Ocupación fuera del hogar	Desocupado	1	
	Ocupado	1.3 (0.5 - 3.1)	0.630
Lugar de residencia	Urbano	1	
	Rural	1.3 (0.2 - 6.7)	0.788

Tabla 10. Relación entre el diagnóstico de depresión (entrevista MINI) y variables sociodemográficas (Análisis de Regresión Logística univariante)

		MINI	
		OR (IC95%)	p
Tiempo desde el diagnóstico de VIH	Más de 1 año	1	
	Menos de 1 año	0.5 (0.1 - 4.2)	0.516
Estadio CDC	A	0.9 (0.3-3.3)	0.886
	B	2.5 (0.7-9.1)	0.170
	C	1	
CV detectable	No (< 50)	1	
	Sí (> 50)	1.1 (0.4 - 3.5)	0.839
Vía de infección	Homosexual	1	
	Heterosexual	0.5 (0.2-1.5)	0.194
	ADVP / Transf.	0.5 (0.2-1.6)	0.237
Lipodistrofia	No	1	
	Sí	0.8 (0.2-4.2)	0.837
Recibe TAR actualmente	No	1	
	Sí	0.9 (0.3 - 2.9)	0.855
Infecciones oportunistas	Ninguna	1	
	Alguna	1.1 (0.4 - 2.9)	0.914
Nº de ingresos	Ninguno	1	
	1 o 2	0.9 (0.3-2.5)	0.780
	3 o más	1.3 (0.3-4.8)	0.727

Tabla 11. Relación entre el diagnóstico de depresión (entrevista MINI) y variables relacionadas con el VIH (Análisis de Regresión Logística univariante).

		MINI	
		OR (IC95%)	p
A. personales psiquiátricos	No	1	
	Sí	2.1 (0.8 - 5.2)	0.128
A. familiares psiquiátricos	No	1	
	Sí	1.6 (0.6 - 4.8)	0.366
Tratamiento psicofarmacológico actual	Sí	1	
	No	0.5 (0.1 - 1.6)	0.226
Alcohol	No	1	
	Sí, actual	1.4 (0.4 - 5.1)	0.606
	Sí, pasado	1.0 (0.3 - 2.8)	0.947
Otros tóxicos	No	1	
	Sí, actual	<b>2.9 (0.9 - 9.2)</b>	<b>0.069</b>
	Sí, pasado	0.7 (0.2 - 2.2)	0.569

Tabla 12. Relación entre el diagnóstico de depresión (entrevista MINI) y variables relacionadas con estado psicopatológico (Análisis de Regresión Logística univariante).

		MINI	
		OR (IC95%)	P
Escala Estigma-VIH P. Total		1.04 (1.01 - 1.06)	<b>0.010</b>
Componente Sumario físico PCS		0.99 (0.95 - 1.05)	0.818
Componente Sumario mental MCS		0.86 (0.81 - 0.91)	<b>&lt; 0.001</b>

Tabla 13. Relación entre el diagnóstico de depresión (entrevista MINI) y Estigma (Escala Estigma - VIH) y calidad de vida (cuestionario SF-36) (Análisis de Regresión Logística univariante).

Se realizó un análisis de regresión logística multivariante (*“por pasos hacia atrás”*), incluyendo en el modelo las variables que mostraron significación ( $p < 0.01$ ) en las regresiones univariantes, y las que consideramos tenían relevancia clínica según estudios previos. Estar ocupado (trabajando o estudiando), y el sumario mental de la CVRS fueron factores predictores independientes para el diagnóstico de depresión en pacientes con infección por VIH (tabla 14).

		MINI	
		OR (IC95%)	p
Edad		NS	
Sexo	Hombre	1	
	Mujer	NS	
Estado civil	Casado/a, en pareja	1	
	Otro	NS	
Orientación sexual	Homosexual	1	
	Bisexual	NS	
	Heterosexual	NS	
Ocupación fuera del hogar	Desocupado	1	
	Ocupado	5.2 (1.1 -24.3)	0.038
Tiempo desde diagnóstico de VIH	Más de 1 año	1	
	Menos de 1 año	NS	
Alcohol	No	1	
	Sí, actual	NS	
	Sí, pasado	NS	
Otros tóxicos	No	1	
	Sí, actual	NS	
	Sí, pasado	NS	
Estigma (Berger)		NS	
PCS		NS	
MCS		0,8 (0,7- 0,9)	0.000

Tabla 14. Factores predictores de depresión (Análisis de Regresión Logística multivariante)

## 5.7. Variables relacionadas y análisis de los factores predictores del estigma

Se calcularon los coeficientes de correlación entre la puntuación total de la escala Escala Estigma - VIH con las variables cuantitativas: edad, CD4, CV, escala HADS (puntuación total, y puntuaciones en las subescalas de ansiedad y depresión), y los componentes sumarios (físico y mental) y las 8 dimensiones

del cuestionario de Calidad de Vida. La relación con el resto de variables cualitativas del estudio se realizó mediante ANOVA.

No se encontró asociación entre el estigma y las variables sociodemográficas (Tabla 15) ni con las variables clínicas relacionadas con la infección por VIH (Tabla 16). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la puntuación total de la escala de Estigma y la presencia de antecedentes psiquiátricos, tanto personales como familiares, el consumo de tóxicos y el diagnóstico de depresión según la escala MINI. El tener diagnóstico de depresión de acuerdo a las herramientas de screening evaluadas en el estudio, también se relacionó con la presencia de estigma (Tabla 17).

Cuando se analizó la asociación entre estigma y las variables cuantitativas, se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre la puntuación obtenida en HADS total y subescalas de ansiedad y depresión y el estigma (puntuación total Escala Estigma - VIH), es decir, a mayor puntuación en la escala total HADS y en las subescalas HADS ansiedad y HADS depresión, mayor nivel de estigma (Tabla 18).

		Puntuación Total Escala Estigma - VIH						P
		N	Media	D. T	Mediana	P. 25	P. 75	
Sexo	Hombre	91	41,6	19,0	45,0	27,5	55,0	0.189
	Mujer	22	47,5	17,2	50,0	40,0	60,0	
Estado civil	Soltero	51	42,6	19,7	45,0	25,0	55,0	0.501
	Casad/en pareja	42	40,9	16,1	42,5	27,5	52,5	
	Separ/divorc	12	44,2	23,1	51,3	21,3	61,3	
	Viudo/a	8	51,9	19,0	50,0	36,3	68,8	
Orientación sexual	Bisexual	5	33,0	20,8	25,0	25,0	40,0	0.491
	Heterosexual	73	43,2	18,9	45,0	27,5	55,0	
	Homosexual	35	43,4	18,2	47,5	30,0	55,0	
Convivencia	Acompañado/a	87	42,6	18,5	45,0	27,5	55,0	0.832
	Solo/a	26	43,5	19,8	43,8	27,5	55,0	
Años de convivencia	1-3	21	46,9	17,6	47,5	32,5	62,5	0.222
	4-10	23	36,8	20,6	30,0	25,0	47,5	
	11-20	23	46,2	15,3	47,5	42,5	57,5	
	>20	29	41,6	18,6	47,5	27,5	52,5	
Nivel educativo	Analfabetismo	2	65,0	10,6	65,0	57,5	72,5	0.688
	Primarios	53	42,4	19,2	45,0	27,5	55,0	
	Secundarios	30	44,4	18,6	45,0	30,0	52,5	
	Universitarios	28	40,3	17,9	37,5	26,3	55,0	
Ocupación fuera del hogar	Desocupado	52	45,7	19,2	47,5	37,5	56,3	0.124
	Ocupado	61	40,3	18,0	35,0	25,0	52,5	
Lugar de residencia	Urbano	105	42,5	19,2	45,0	27,5	55,0	0.245
	Rural	8	47,2	9,6	47,5	43,8	55,0	

Tabla 15. Relación puntuación Escala Estigma - VIH y variables sociodemográficos (Anova de un factor)



		Puntuación Total Escala Berger						
		N	Media	D. T.	Median.	P. 25	P. 75	P
Tiempo diagnóstico	> de 1 año	102	42,9	18,8	45,0	30,0	55,0	0.934
	< 1 año	8	43,4	16,9	45,0	25,0	58,8	
Estadio CDC	A	56	42,7	19,2	45,0	27,5	55,0	0.703
	B	32	45,3	18,0	46,3	32,5	57,5	
	C	23	41,2	19,0	45,0	25,0	55,0	
CV detectable	No (< 50)	82	42,4	19,1	45,0	27,5	52,5	0.840
	Sí (> 50)	22	43,3	18,5	37,5	30,0	55,0	
Vía de infección	Homosexual	39	41,3	19,1	35,0	27,5	55,0	0.613
	Heterosexual	38	44,9	18,5	43,8	30,0	55,0	
	ADVP /Trans	31	42,3	19,0	50,0	25,0	55,0	
	Materno-fetal	1	62,5	18,5	62,5	62,5	62,5	
Lipodistrofia	No	96	41,8	18,6	43,8	27,5	55,0	0.180
	Sí	11	49,8	18,9	50,0	42,5	55,0	
Recibe TAR actualmente	No	17	41,0	17,8	45,0	25,0	50,0	0.676
	Sí	96	43,1	18,9	45,0	27,5	55,0	
Infecciones oportunistas	Ninguna	69	42,4	18,3	45,0	27,5	52,5	0.939
	Alguna	33	42,1	20,0	42,5	27,5	55,0	
Nº de ingresos	Ninguno	48	43,4	18,4	45,0	27,5	56,3	0.672
	1 o 2	38	40,2	20,3	42,5	25,0	52,5	
	3 o más	16	44,2	16,5	46,3	36,3	52,5	
Infecciones oportunistas	Ninguna	69	42,4	18,3	45,0	27,5	52,5	0.939
	Alguna	33	42,1	20,0	42,5	27,5	55,0	
Nº de ingresos	Ninguno	48	43,4	18,4	45,0	27,5	56,3	0.672
	1 o 2	38	40,2	20,3	42,5	25,0	52,5	
	3 o más	16	44,2	16,5	46,3	36,3	52,5	

Tabla 16. Relación puntuación Escala Estigma – VIH y variables clínicas (Anova de un factor)

		Puntuación Total Escala Estigma - VIH						P
		N	Media	D. T.	Mediana	P. 25	P. 75	
A. personales psiquiátricos	No	76	39,4	18,3	41,3	25,0	52,5	0.005
	Sí	37	49,7	17,8	50,0	40,0	62,5	
A. familiares psiquiátricos	No	92	40,8	18,4	42,5	26,3	52,5	0.018
	Sí	21	51,4	18,2	52,5	42,5	60,0	
Tratamiento psicofarmacológico	Sí actual	15	44,8	20,8	42,5	30,0	62,5	0.651
	No	98	42,5	18,5	45,0	27,5	55,0	
Alcohol	No	68	39,3	17,3	41,3	25,0	51,3	0.097
	Sí, actual	15	50,8	25,5	62,5	25,0	72,5	
	Sí, pasado	30	46,6	16,4	48,8	40,0	57,5	
Otros tóxicos	No	62	40,2	17,4	40,0	27,5	52,5	0.013
	Sí, actual	17	54,9	18,7	52,5	47,5	65,0	
	Sí, pasado	34	41,5	19,2	47,5	25,0	52,5	
Depresión MINI	No	89	40,4	18,2	42,5	25,0	52,5	0.007
	Sí	24	51,8	18,1	50,0	38,8	62,5	
HADS Ansiedad	Normal	67	36,5	17,9	32,5	20,0	50,0	< 0.001
	Dudoso	26	49,9	15,1	48,8	42,5	57,5	
	Problema clínico	20	54,8	17,0	56,3	46,3	68,8	
HADS Depresión	Normal (< 8)	93	40,1	17,6	42,5	27,5	52,5	< 0.001
	Dudoso (>= 8 y <= 10)	12	48,8	20,1	47,5	33,8	60,0	
	Problema clínico (> 10)	8	65,6	11,9	65,0	57,5	73,8	
HADS Distrés >= 12	No (< 12)	70	38,2	18,3	40,0	22,5	52,5	0.001
	Sí (>= 12)	43	50,2	17,0	50,0	35,0	62,5	
Depresión EACS (A)	No	64	37,7	18,6	40,0	20,0	51,3	0.001
	Sí	49	49,4	16,8	50,0	35,0	60,0	
Depresión EACS (B)	No	81	38,5	17,4	42,5	25,0	50,0	< 0.001
	Sí	32	53,5	17,7	55,0	38,8	65,0	
EACS (B) y HADS depresión ≥ 8	No	94	40,1	17,5	42,5	27,5	52,5	0.001
	Sí	19	55,9	19,4	57,5	45,0	70,0	

Tabla 17. Relación de puntuación total de Escala Estigma - VIH y variables psicopatológicas (Anova de un factor)

	Puntuación total	Subescala 1	Subescala 2	Subescala 3	Subescala 4
Edad	-0,128	-0,101	-0,152	-0,166	-0,099
CD4 (μL)	0,082	0,075	0,030	0,117	0,114
CV (cop/mL)	-0,005	0,025	0,126	0,008	-0,030
HADS Ansiedad	0,509**	0,446**	0,294**	0,508**	0,470**
HADS Depresión	0,449**	0,406**	0,296**	0,460**	0,445**
HADS Distrés	0,528**	0,469**	0,331**	0,538**	0,504**

\*p< 0.05; \*\*p< 0.01

Tabla 18. Relación de puntuación total de Escala Estigma - VIH y variables cuantitativas (Coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según corresponda)

	Puntuación total.	Subescala 1	Subescala 2	Subescala 3	Subescala 4
<b>PF</b>	-0,164	-0,126	-0,018	-0,139	-0,186*
<b>RF</b>	-0,336**	-0,255**	-0,220*	-0,372**	-0,282**
<b>BP</b>	-0,250**	-0,240*	-0,144	-0,254**	-0,281**
<b>GH</b>	-0,397**	-0,278**	-0,280**	-0,456**	-0,349**
<b>VT</b>	-0,386**	-0,292**	-0,217*	-0,361**	-0,355**
<b>SF</b>	-0,343**	-0,258**	-0,178	-0,348**	-0,278**
<b>RE</b>	-0,338**	-0,255**	-0,159	-0,349**	-0,279**
<b>MH</b>	-0,415**	-0,293**	-0,336**	-0,443**	-0,371**
<b>PCS</b>	-0,205*	-0,161	-0,112	-0,223*	-0,221*
<b>MSC</b>	-0,424**	-0,305**	-0,273**	-0,416**	-0,357**

\*  $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

Tabla 19. Relación de puntuación total de Escala Estigma - VIH y las dimensiones de calidad de vida (Coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según corresponda)

En la Tabla 19 se muestran las correlaciones entre la puntuación total del estigma, y las puntuaciones en las subescalas con las ocho dimensiones de la calidad de vida así como el componente sumario mental y físico. Se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre estigma y siete de las 8 dimensiones de la escala de CV (exceptuando la función física). La subescala 4, que mide la “preocupación por las actitudes públicas de rechazo hacia las personas con PVVS”, fue la única que se correlacionó con las ocho dimensiones de calidad de vida

En el análisis de regresión logística multivariante se incluyeron las variables que habían mostrado un valor significativo ( $p < 0.1$ ) en las regresiones univariantes y aquellas variables que tenían relevancia clínica. Ante la existencia de colinealidad entre los distintos criterios de depresión, se realizan dos modelos de regresión en los que se incluye cada vez, uno solo de estos criterios, entrevista MINI y criterio propuesto EACS B.

La existencia de antecedentes psiquiátricos personales, y la presencia de depresión medida tanto por el cuestionario MINI, como por el criterio combinado EACS B y HADS depresión  $\geq 8$ , son factores predictores del nivel de estigma asociado a infección por VIH. El haber consumido alcohol en el pasado, y el consumo de tóxicos actual, son también factores predictores del

nivel de estigma cuando se considera el diagnóstico de depresión según el criterio combinado (Tabla 20).

	Análisis Univariante			Análisis Multivariante Criterio MINI			Análisis Multivariante Criterio combinado		
	B	IC (95%)	p	B	IC (95%)	p	B	IC (95%)	p
<b>Edad</b>	-0,3	(-0,6 - 0,1)	0,143	NS			NS		
<b>Sexo masculino</b>	-5,9	(-14,6 - 2,9)	0,189	NS			NS		
<b>Categoría CDC</b>									
B (vs A)	2,6	(-5,6 - 10,9)	0,529	NS			NS		
C (vs A)	-1,5	(-10,7 - 7,8)	0,751	NS			NS		
<b>Recibe TAR</b>	2,1	(-7,7 - 11,9)	0,676	NS			NS		
<b>CV detectable</b>	0,9	(-8,1 - 9,9)	0,840	NS			NS		
<b>A. psiquiátricos personales</b>	10,3	(3,1 - 17,5)	<b>0,005</b>	10,3	(2,9- 17,6)	<b>0,007</b>	10,1	(3,0 -17,2)	<b>0,006</b>
<b>Consumo alcohol</b>									
Pasado (vs No)	7,2	(-0,7 - 15,2)	0,074	NS			8,0	(0,6- 15,4)	<b>0,033</b>
Actual (vs No)	11,5	(1,1 - 21,9)	<b>0,030</b>	NS			NS		
<b>Consumo tóxicos</b>									
Pasado (vs No)	1,4	(-6,3 - 9,1)	0,722	NS			NS		
Actual (vs No)	14,7	(4,9 - 24,5)	<b>0,004</b>	NS			10,6	(0,9-20,3)	<b>0,033</b>
<b>Depresión MINI</b>	11,4	(3,1 - 19,7)	<b>0,007</b>	11,4	(2,9-20,0)	<b>0,009</b>			
<b>EACS B y HADS-depresión <math>\geq</math> 8</b>	15,8	(6,9 - 24,7)	<b>0,001</b>				14,9	(5,5- 24,2)	<b>0,002</b>

Tabla 20. Factores predictores de estigma en pacientes con infección de VIH (Análisis de Regresión Lineal)

## 5.8 Variables relacionadas y análisis de los factores predictores de calidad de vida

Se calcularon los coeficientes de correlación entre el componente sumario físico (PCS) y mental (MCS) y sus dimensiones con las variables cuantitativas: edad, CD4, CV, escala HADS (puntuaciones total, de ansiedad y de depresión), puntuación total de la Escala Estigma-VIH y puntuación total de la escala Escala de Estigma Internalizado -VIH. Se analizaron, mediante una ANOVA, si existían diferencias en las puntuaciones del componente sumario físico y mental, en función de las variables cualitativas incluidas en el estudio.

El sexo, la categoría CDC, el recibir TARGA, el número de ingresos hospitalarios, y las puntuaciones en HADS D y HADS distrés, se relacionaron con el componente sumario físico (Tablas 21, 23, 25 y 27).

El componente sumario mental, se relacionó de forma significativa con categoría CDC, con la carga viral detectable, el consumo de tóxicos, con depresión medido por todas las cuestionarios analizados, así como el nivel de estigma medido por ambas escalas (Tablas 22, 24, 26 y 28).

	PCS	PF Función física	RF Rol físico	BP Dolor corporal	GH Salud general
Edad	-0.076	-0.390**	0.073	-0.016	0.116
CD4 (cel/μL)	-0.061	-0.145	0.055	-0.110	0.065
CV (cop/mL)	0.155	0.110	0.009	0.024	-0.011
HADS Ansiedad (cuantitativa)	-0.084	-0.118	-0.357**	-0.301**	-0.415**
MCS					
HADS Depresión (cuantitativa)	-0.248**	-0.261**	-0.530**	-0.384**	-0.484**
HADS Distrés (cuantitativa)	0.175*	-0.206**	-0.480**	-0.358**	-0.484**
Escala Estigma - VIH. Total	-0.205*	-0.164	-0.336*	-0.250**	-0.397**
Subescala 1	-0.161	-0.126	-0.255**	-0.240*	-0.278**
Subescala 2	-0.112	-0.018	-0.220*	-0.144	-0.280**
Subescala 3	-0.223**	-0.139	-0.372**	-0.254**	-0.456**
Subescala 4	-0.221*	-0.186*	-0.282**	-0.281**	-0.349**
Escala Estigma Internalizado -VIH	-0.071	-0.062	-0.262**	-0.167*	-0.334**

\* p< 0.05; \*\* p< 0.01

Tabla 21. Relación del componente sumario físico y sus dimensiones con variables cuantitativas (Coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según corresponda)

	MCS	VT Vitalidad	SF Función social	RE Rol emocional	MH Salud mental
Edad	0.049	-0.057	0.053	0.058	0.012
CD4 (cel/μL)	0.023	-0.034	0.067	0.043	-0.065
CV (cop/mL)	-0.143	0.032	-0.067	-0.080	-0.126
HADS Ansiedad (cuantitativa)	-0.720**	-0.587**	-0.561**	-0.516**	-0.744**
HADS Depresión (cuantitativa)	-0.662**	-0.695**	-0.634**	-0.472**	-0.706**
HADS Distrés (cuantitativa)	-0.760**	-0.691**	-0.664**	-0.544**	-0.796**
Escala estigma- VIH	-0.424**	-0.386**	-0.343**	-0.338**	-0.415**
Subescala 1	-0.305**	-0.292**	-0.258**	-0.255**	-0.293**
Subescala 2	-0.273**	-0.217*	-0.178	-0.159	-0.336**
Subescala 3	-0.416**	-0.361**	-0.348**	-0.349**	-0.443**
Subescala 4	-0.357**	-0.355**	-0.278**	-0.279**	-0.371**
Escala Estigma Internalizado VIH	-0.387**	-0.278**	-0.313**	-0.299**	-0.403**

Tabla 22. Relación del componente sumario mental y sus dimensiones con variables cuantitativas (Coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según corresponda)

		PCS						P
		N	Media	D. T.	Mediana	P. 25	P. 75	
Sexo	Hombre	90	52.86	8.88	54.39	47.26	57.32	0.096
	Mujer	22	49.26	9.48	52.23	40.94	56.20	
Estado civil	Soltero	51	52.87	8.71	54.29	49.50	56.97	0.298
	Casado o en pareja	42	52.26	8.92	53.86	46.67	57.87	
	Separado/divorciado	11	52.66	10.22	52.84	43.33	60.47	
	Viudo/a	8	46.29	10.22	47.45	38.40	55.20	
Orientación sexual	Bisexual	5	52.75	7.43	57.32	46.67	57.87	0.189
	Heterosexual	72	51.01	9.63	52.23	46.01	56.38	
	Homosexual	35	54.42	7.79	55.23	51.19	58.36	
Convivencia	Acompañado/a	86	52.89	7.99	53.57	47.42	57.32	0.212
	Solo/a	26	49.73	11.84	54.25	40.29	56.28	
Años de convivencia	1-3	20	51.02	10.25	53.00	46.66	57.57	0.815
	4-10	23	53.21	7.88	53.65	48.39	56.20	
	11-20	23	53.15	8.53	54.98	47.24	57.87	
	>20	29	51.80	9.12	51.98	46.67	57.89	
Nivel educativo	Analfabetismo	2	54.87	2.38	54.87	53.18	56.55	0.899
	Primarios	53	51.87	8.99	52.16	46.90	56.85	
	Secundarios	30	51.65	9.75	54.70	45.67	56.28	
	Universitarios	27	53.07	9.04	55.66	48.39	57.89	
Ocupación fuera hogar	Desocupado	52	51.97	10.80	54.36	45.13	58.17	0.847
	Trabajo/estudiante	60	52.31	7.34	53.57	47.34	56.71	
Lugar de residencia	Urbano	104	51.84	8.94	53.34	46.78	56.91	0.185
	Rural	8	56.26	10.38	56.67	51.37	63.57	

Tabla 23. Relación del componente sumario físico con variables sociodemográficas (Anova de un factor)

		MCS						
		N	Media	D. T.	Mediana	P. 25	P. 75	P
Sexo	Hombre	90	43.24	14.98	48.12	34.06	55.34	0.211
	Mujer	22	38.59	17.68	45.01	17.03	53.51	
Estado civil	Soltero	51	42.89	15.73	48.75	27.70	55.34	0.277
	Casado/pareja	42	44.30	14.41	47.95	35.56	55.89	
	Separ. /divorc.	11	34.46	16.97	34.23	18.93	53.51	
	Viudo/a	8	39.17	17.82	44.02	21.89	53.24	
Orientación sexual	Bisexual	5	55.23	5.66	52.66	51.53	60.22	0.126
	Heterosexual	72	42.50	15.63	48.93	32.42	55.00	
	Homosexual	35	40.13	15.77	42.61	25.23	54.44	
Convivencia	Acompañado	86	42.72	15.98	48.48	34.06	55.14	0.630
	Solo/a	26	41.03	14.37	43.61	26.15	52.45	
Años de convivencia	1-3	20	40.22	14.93	40.78	25.81	49.74	0.485
	4-10	23	40.23	19.06	48.21	17.03	58.10	
	11-20	23	40.56	15.55	43.36	24.63	54.03	
	>20	29	45.90	14.05	51.90	37.43	55.14	
Nivel educativo	Analfabetismo	2	25.55	12.28	25.55	16.87	34.23	0.430
	Primarios	53	42.57	14.93	47.78	30.95	55.34	
	Secundarios	30	41.42	17.31	48.93	26.29	54.03	
	Universitarios	27	44.10	14.96	45.41	34.06	58.10	
Ocupación fuera hogar	Desocupado	52	39.94	16.47	43.82	26.91	54.81	0.131
	Ocupado	60	44.40	14.58	49.28	35.98	55.29	
Lugar de residencia	Urbano	104	42.37	15.77	48.12	27.61	55.19	0.915
	Rural	8	41.7	13.6	41.24	37.29	51.80	

Tabla 24. Relación del componente sumario mental con variables sociodemográficas (Anova de un factor)

		PCS						P
		N	Media	D. T.	Mediana	P. 25	P. 75	
Tiempo desde el diagnóstico de VIH	Más de 1 año	101	52.10	9.08	54.22	47.24	56.97	0.853
	Menos de 1 año	8	52.73	11.16	54.24	43.11	63.21	
Estadio CDC	A	55	54.05	9.25	54.81	51.16	59.01	0.080
	B	32	49.65	8.74	50.02	45.70	55.76	
	C	23	51.19	8.83	52.88	45.44	56.28	
CV detectable	No (< 50)	81	51.64	8.57	52.88	46.90	56.09	0.271
	Sí (> 50)	22	54.02	10.23	56.59	49.45	60.17	
Vía de infección	Homosexual	39	54.02	7.75	55.23	49.50	58.36	0.207
	Heterosexual	37	50.83	9.21	54.49	45.57	56.85	
	ADVP / Transfusiones	31	52.75	10.05	52.76	47.49	58.65	
	Materno-fetal	1	39.12		39.12	39.12	39.12	
Lipodistrofia	No	95	52.31	9.03	54.29	47.26	57.32	0.355
	Sí	11	49.62	9.75	51.20	41.65	55.47	
Recibe TAR actualmente	No	16	55.63	11.22	57.23	51.22	64.57	0.098
	Sí	96	51.57	8.60	53.14	46.51	56.24	
Inhibidores de la Integrasa	No	81	51.69	8.80	53.65	46.90	56.55	0.765
	Sí	15	50.96	7.63	51.16	45.67	55.66	
Inhibidores de la Proteasa	No	52	52.44	8.39	53.86	47.07	56.70	0.285
	Sí	44	50.55	8.83	52.82	44.67	56.10	
ITI No Análogos Nucleósidos	No	49	50.86	8.73	52.76	45.84	55.66	0.413
	Sí	47	52.31	8.48	54.29	46.90	57.32	
ITI Análogos Nucleósidos	No	12	52.79	7.36	54.60	52.07	57.33	
	Sí	84	51.40	8.79	52.86	46.10	56.24	
EFV	No	69	52.51	9.60	54.22	47.42	57.32	0.604
	Sí	43	51.59	8.24	53.50	46.67	56.85	
Infec. oportunistas	Ninguna	68	52.48	9.26	54.67	47.16	57.84	0.518
	Alguna	33	51.24	8.51	52.76	46.67	56.10	
N° de ingresos	Ninguno	48	53.46	7.47	54.80	49.48	57.23	0.098
	1 o 2	37	52.10	9.97	54.22	46.35	57.89	
	3 o más	16	47.87	10.09	48.75	38.99	55.63	

Tabla 25. Relación del componente sumario físico con variables clínicas (Anova de un factor)



		MCS						
		N	Media	D. T.	Mediana	P. 25	P. 75	P
Tiempo desde el diagnóstico de VIH	Más de 1 año	101	42.16	16.00	48.11	27.52	55.14	0.704
	Menos de 1 año	8	40.75	9.14	38.32	35.49	49.72	
Estadio CDC	A	55	43.81	15.29	48.12	34.06	56.57	0.176
	B	32	37.69	16.36	40.08	23.01	52.89	
	C	23	43.64	14.25	48.21	30.95	55.89	
CV detectable	No (< 50)	81	43.86	15.55	49.98	30.95	55.89	0.080
	Sí (> 50)	22	37.32	14.64	38.69	26.29	49.45	
Vía de infección	Homosexual	39	41.88	15.80	44.99	25.33	54.44	0.409
	Heterosexual	37	40.55	16.34	48.21	23.73	54.05	
	ADVP/ Transf.	31	45.50	13.90	50.82	37.22	55.44	
	Materno-fetal	1	26.15	12.26	26.15	26.15	26.15	
Lipodistrofia	No	95	42.51	15.06	48.11	34.06	54.44	0.747
	Sí	11	44.08	17.30	52.45	22.57	58.82	
Recibe TAR actualmente	No	16	39.44	14.59	44.42	28.62	52.30	0.425
	Sí	96	42.81	15.75	48.12	30.80	55.66	
Infecciones oportunistas	Ninguna	68	42.47	16.27	47.95	30.80	54.81	0.708
	Alguna	33	43.70	13.65	48.75	36.78	54.85	
Nº de ingresos	Ninguno	48	43.34	14.69	47.95	34.81	54.24	0.911
	1 o 2	37	42.89	15.83	48.21	37.01	55.23	
	3 o más	16	41.41	17.37	49.68	25.74	55.60	

Tabla 26. Relación del componente sumario mental con variables clínicas (Anova de un factor)

		PCS						
		N	Media	D. T.	Mediana	P. 25	P. 75	P
A.personales psiquiátricos	No	75	51.84	8.18	53.65	47.24	56.55	0.603
	Sí	37	52.79	10.76	54.22	46.67	60.04	
A.familiares psiquiátricos	No	91	52.38	9.22	54.22	46.90	57.32	0.588
	Sí	21	51.18	8.56	53.10	47.49	56.01	
Tratamiento psicofarmacológico	Sí, actual	15	50.13	8.89	49.50	45.84	54.90	0.356
	No,actual	97	52.47	9.11	54.29	47.24	57.32	
Antidepresivos	No	110	52.24	9.13	54.22	46.90	57.32	0.455
	Sí	2	47.38	0.16	47.38	47.26	47.49	
Ansiolíticos	No	99	52.39	9.03	54.22	47.24	57.32	0.457
	Sí	13	50.38	9.57	51.38	45.84	54.90	
Antipsicóticos	No	111	52.20	9.10	54.22	46.90	57.32	0.591
	Sí	1	47.26		47.26	47.26	47.26	
Otros	No	112	52.15	9.07	53.93	47.07	57.23	
	Sí	0						
Alcohol	No	67	51.77	8.60	54.29	47.26	56.97	0.824
	Sí, actual	15	53.32	11.42	54.49	43.33	65.03	
	Sí, pasado	30	52.42	9.09	52.80	47.24	55.23	
Otros tóxicos	No	61	51.98	8.16	54.76	46.67	57.14	0.593
	Sí, actual	17	54.17	11.33	54.80	47.49	63.12	
	Sí, pasado	34	51.46	9.55	52.86	47.26	56.01	
Depresión MINI	No	88	52.26	8.66	54.54	47.94	57.23	0.820
	Sí	24	51.78	10.64	50.07	43.62	58.05	
HADS Ansiedad	Normal	66	52.48	8.06	54.25	49.45	57.14	0.200
	Dudoso	26	53.72	9.61	55.49	47.49	60.17	
	Problema clínico	20	49.03	11.09	49.57	41.52	54.95	
HADS Depresión	Normal (< 8)	92	52.63	8.51	54.39	47.45	57.32	0.149
	Dudoso (>= 8 y <= 10)	12	52.51	12.91	54.31	42.35	62.59	
	Problema clínico (> 10)	8	46.12	7.50	46.67	40.93	52.45	
HADS Distrés >= 12	No (< 12)	69	53.29	7.77	54.59	50.92	57.82	0.120
	Sí (>= 12)	43	50.33	10.69	51.53	43.33	56.97	
Depresión EACS (A)	No	63	52.89	8.06	54.49	50.08	57.32	0.332
	Sí	49	51.20	10.24	52.76	45.44	56.97	
Depresión EACS (B)	No	80	52.84	7.65	54.54	49.17	57.06	0.298
	Sí	32	50.44	11.89	52.00	43.03	59.20	
EACS (B) y HADS depresión ≥ 8	No	93	52.43	8.69	54.29	47.42	57.32	0.481
	Sí	19	50.81	10.91	52.29	42.74	56.06	

Tabla 27. Relación del componente sumatorio físico con variables psicopatológicas (Anova de un factor)

		MCS						
		N	Media	D. T.	Media na	P. 25	P. 75	P
Antecedentes personales psiquiátricos	No	75	43.71	15.24	48.75	34.23	55.34	0.181
	Sí	37	39.52	16.08	42.61	25.23	52.45	
Antecedentes familiares psiquiátricos	No	91	42.49	15.41	47.78	27.70	54.85	0.813
	Sí	21	41.60	16.64	48.12	34.73	55.89	
Tratamiento psicofarmacológico	Sí actual	15	36.60	16.03	37.43	23.45	51.95	0.127
	No actual	97	43.21	15.40	48.21	33.89	55.23	
Antidepresivos	No	110	42.41	15.70	48.12	27.70	55.14	0.002
	Sí	2	37.51	0.41	37.51	37.22	37.81	
Ansiolíticos	No	99	43.22	15.27	48.21	33.89	55.23	0.094
	Sí	13	35.53	16.84	37.43	23.45	51.95	
Antipsicóticos	No	111	42.37	15.64	48.11	27.70	55.14	0.772
	Sí	1	37.81		37.81	37.81	37.81	
Otros	No	112	42.33	15.57	47.95	29.32	55.00	
	Sí	0						
Alcohol	No	67	43.99	15.74	49.45	36.93	56.30	0.218
	Sí, actual	15	36.33	17.86	34.06	22.93	51.90	
	Sí, pasado	30	41.60	13.60	47.80	30.95	53.13	
Otros tóxicos	No	61	43.80	15.45	49.45	34.73	54.85	0.008
	Sí, actual	17	31.71	15.24	27.52	22.93	37.22	
	Sí, pasado	34	44.99	14.15	49.32	37.01	55.34	
Depresión MINI	No	88	47.80	11.61	51.24	39.56	56.44	0.000
	Sí	24	22.27	11.26	19.01	14.75	25.69	
HADS Ansiedad	Normal	66	50.15	11.64	53.77	47.49	58.37	0.000
	Dudoso	26	36.70	13.00	37.12	26.15	48.12	
	Problema clínico	20	23.81	10.69	20.00	16.56	30.51	
HADS Depresión	Normal (< 8)	92	47.19	12.12	50.53	38.69	56.09	0.000
	Dudoso (>= 8 y <= 10)	12	18.55	9.45	15.79	11.34	22.18	
	Problema clínico (> 10)	8	22.09	6.92	21.01	16.36	25.74	
HADS Distrés >= 12	No (< 12)	69	50.38	9.80	53.13	44.99	57.70	0.000
	Sí (>= 12)	43	29.40	14.42	25.23	17.03	43.36	
Depresión EACS (A)	No	63	50.59	10.43	54.03	44.99	58.64	0.000
	Sí	49	31.70	14.68	27.52	18.93	45.29	
Depresión EACS (B)	No	80	48.58	11.26	51.93	41.24	56.65	0.000
	Sí	32	26.68	13.83	22.75	16.36	36.71	
EACS (B) y HADS depresión ≥ 8	No	93	46.95	12.27	50.25	38.16	55.89	0.000
	Sí	19	19.68	8.65	17.03	13.87	23.45	

Tabla 28. Relación del componente sumario mental con variables psicopatológicas (Anova de un factor)

Se plantearon distintos modelos de regresión multivariantes mediante el método “stepwise” en función de las variables indicadoras de estigma y de depresión/distrés que se incluyen.

Se realizó análisis de regresión lineal multivariante con las variables con relevancia clínica y que habían mostrado una asociación estadística ( $p < 0.1$  en los análisis univariantes previos).

En el caso de Componente Sumario Físico, un mayor número de ingresos y una mayor puntuación en la Escala Estigma -VIH son factores predictores de una peor puntuación en el PCS (Tabla 29).

PCS		Análisis Univariante			Análisis Multivariante		
		B	IC (95%)	p	B	IC (95%)	p
Edad		-0.05	(-0.2 – 0.1)	0.622	---		
Sexo masculino		3.6	(-0.7 – 7.8)	<b>0.096</b>	NS		
Categoría CDC	B (vs A)	-4.4	(-8.4 – -0.4)	<b>0.030</b>	NS		
	C (vs A)	-2.9	(-7.3 – 1.6)	0.204	NS		
TAR		-4.1	(-8.9 – 0.8)	<b>0.098</b>	NS		
Número ingresos	1 o 2 (vs Ninguno)	-1.4	(-5.2 – 2.5)	0.486	NS		
	3 o más (vs Ninguno)	-5.6	(-10.7 – -0.5)	<b>0.032</b>	-4.7	(-9.4 – -0.02)	<b>0.049</b>
Escala Estigma - VIH		-0.1	(-0.2 – -0.01)	<b>0.027</b>	-0.1	(-0.2 – -0.01)	<b>0.030</b>
Subescala 1		-0.1	(-0.1 – 0.0)	<b>0.062</b>			
Subescala 2		-0.04	(-0.1 – 0.03)	0.295			
Subescala 3		-0.1	(-0.2 – -0.02)	<b>0.013</b>			
Subescala 4		-0.1	(-0.2 – -0.02)	<b>0.019</b>	NS		
Depresión MINI		-0.5	(-4.6 – 3.7)	0.820			
HADS Distrés (cuantitativa)		-0.2	(-0.5 – -0.0)	<b>0.048</b>			
HADS Depresión (cuantitativa)		-0.6	(-1.0 – -0.2)	<b>0.006</b>			
EACS B y HADS-depresión $\geq 8$		-1.6	(-6.2 – 2.9)	0.481	NS		

Tabla 29. Factores predictores sumatorio físico calidad de vida (Análisis de Regresión Lineal)

En el caso del Componente Sumario Mental, se procedió del mismo modo que con el PCS y se incluyeron en el análisis de regresión lineal multivariante, las variables con relevancia clínica y que hubieran mostrado una asociación estadística ( $p < 0.1$  en los análisis univariantes previos).

Los coeficientes de regresión del estigma difirieron notablemente en función de la inclusión o no de las escalas de HADS. El nivel de estigma fue un factor predictor negativo de calidad de vida tras la exclusión de las puntuaciones de

HADS-Distrés o HADS-Ansiedad del análisis, a igual que la carga viral detectable. En ambos casos el consumo de tóxicos actual, y la presencia de depresión (criterio combinado) son también una factor predictor de peor calidad de vida (Tabla 30).

MCS		Análisis Univariante			Análisis Multivariante (sin incluir HADS)			Análisis Multivariante (incluido HADS)		
		B	IC (95%)	P	B	IC (95%)	P	B	IC (95%)	P
Edad		0.2	(-0.1 – 0.5)	0.233	--			---		
Sexo masculino		4.6	(-2.7 – 12.0)	0.211	--			---		
Categoría CDC	B (vs A)	-6.1	(-12.9 – 0.7)	<b>0.076</b>	NS			NS		
	C (vs A)	-0.2	(-7.8 – 7.4)	0.963	NS			NS		
Carga viral detectable		-6.5	(-13.9 – 0.8)	<b>0.080</b>	<b>-5.5 (-10,7- -0.4) 0,036</b>			NS		
Consumo otros tóxicos	Pasado (vs No)	1.2	(-5.2 – 7.6)	0.712	NS			NS		
	Actual (vs No)	-12.1	(-20.3 – -3.9)	<b>0.004</b>	<b>-6,1 (-12,6- -0,1) 0,047</b>			-6.2	(-11.7- -0.6)	<b>0.029</b>
Escala Estigma -VIH		-0.4	(-0.5 – -0.2)	<b>0.000</b>	<b>-0.1 (-0.3- -0.01) 0.031</b>			NS		
Subescala 1		-0.2	(-0.3 – -0.1)	<b>0.001</b>						
Subescala 2		-0.2	(-0.3 – -0.1)	<b>0.003</b>						
Subescala 3		-0.3	(-0.5 – -0.2)	<b>0.000</b>						
Subescala 4		-0.3	(-0.4 – -0.1)	<b>0.000</b>						
Depresión MINI		-25.5	(-30.8 – -20.3)	<b>0.000</b>						
HADS Distrés		-1.6	(-1.9 – -1.3)	<b>0.000</b>						
HADS Ansiedad		-2.7	(-3.2 – -2.2)	<b>0.000</b>				-1.7	(-2.4 – -1.1)	<b>0.000</b>
EACS B y HADS-depresión $\geq 8$		-27.3	(-33.1 – -21.4)	<b>0.000</b>	<b>-25 (-31—19) 0.00</b>			-17.7	(-23.8 – -11.5)	<b>0.000</b>

Tabla 30. Factores predictores de componente sumatorio mental de calidad de vida (Análisis de Regresión Lineal)

## **6.- DISCUSIÓN**

Los resultados de nuestro estudio coinciden con los obtenidos en investigaciones previas realizadas sobre depresión, estigma y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de infección de VIH. A continuación presentamos los principales hallazgos de nuestro estudio, y la comparación de los mismo con la literatura existente.

Con el objetivo de obtener en nuestro estudio datos que fueran aplicables en la práctica clínica habitual y optar por darle más relevancia a la validez ecológica del estudio, decidimos incluir aquellos pacientes que se atienden de forma habitual en una consulta de VIH en un contexto hospitalario.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad realiza, desde el año 2000, una encuesta hospitalaria anual, en distintos hospitales de distintas comunidades autónomas (en total más de 80 hospitales y 800 pacientes). Se trata de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal realizado en un día prefijado (MSSSI, 2015). Las características de nuestra muestra son superponibles a las publicadas en la encuesta del año 2014.

En los datos de 2014, publicados en junio de 2015, encuentran que las personas con VIH/SIDA atendidas en los servicios hospitalarios, como en nuestra muestra, son mayoritariamente hombres (71,6%) con una media de 45,9 años de edad, tienen estudios primarios (46%), viven acompañados por su familia (64,1%) y son trabajadores activos (43,5%).

En lo que respecta a las características clínicas de la infección por VIH, tanto en los datos de la encuesta hospitalaria, como en nuestra muestra, la mayoría de los pacientes (87%) han sido diagnosticados hace más de dos años, aproximadamente la mitad de los pacientes se encuentran en estadio A de la infección, con CD4 mayor de 500 cel/ $\mu$ L (53,6%), y una carga viral menor de 50 cop/ $\mu$ L (77,1%). En ambos casos la vía de contagio se reparte entre casi un tercio en el que se produjo por uso de drogas inyectadas, otro tercio mediante prácticas heterosexuales y casi otro tercio por prácticas homosexuales. En

cuanto al tratamiento, la mayoría de pacientes atendidos reciben TAR (89,7 %).Podríamos decir por tanto que nuestra muestra tiene un perfil de paciente similar a los atendidos en los servicios hospitalarios públicos de nuestro país.

### 6.1. Depresión

Como señalábamos anteriormente, los datos de prevalencia de depresión encontrados en los distintos estudios son muy variables. La prevalencia de la depresión en nuestro estudio es de 21,2% en base a la entrevista MINI que se considera el gold standard. Aunque el número de pacientes no diagnosticados de depresión es inferior al obtenido por Asch (37%) (Asch et al., 2003), estos datos ponen de manifiesto la dificultad para realizar cribado de sintomatología depresiva en la consulta general de VIH.

Uthman en un metaanálisis publicado en el 2014 encuentra diferencias en las cifras de prevalencia de depresión que van desde el 12.8 % (Samet, Horton, Meli, Freedberg, & Palepu, 2004) al 78 % (Do, Dunne, Kato, Pham, & Nguyen, 2013). Las diferencias encontradas se ponen en relación con el tamaño muestral de cada estudio y con los distintos instrumentos utilizados y sus puntos de corte (Uthman, Magidson, Safren, & Nachega, 2014). Se señala también que en los países de bajo poder adquisitivo la prevalencia es de 31.8 %, en los de nivel medio de 47,4% y en los de alto nivel adquisitivo (37.1 %). Tampoco se encuentran diferencias significativas entre los países de bajo, medio y alto nivel de recursos.

En España existen pocos estudios en los que se haya calculado la prevalencia de depresión. Gordillo y cols (Gordillo, del Amo, Soriano, & González-Lahoz, 1999) obtiene una prevalencia del 40,4% en un estudio llevado a cabo en 366 pacientes con infección por VIH cuyo objetivo era evaluar qué factores influían en la adherencia al tratamiento antirretroviral. La depresión se identifica como un factor predictor de adherencia. En 2012, Bayón y cols encuentra una prevalencia de depresión de 35,4% en una muestra de 799 pacientes, utilizando la escala CES-D (Bayón, Ribera, Cabrero, Griffa, & Burgos, 2012) e

Ibor (Ibor et al., 2015) obtiene una prevalencia similar (30%) con la escala HADS en una muestra de 171 pacientes.

El hecho de que la prevalencia que se encuentra en nuestro estudio sea menor con respecto a estudios previos puede deberse a que la confirmación del diagnóstico de depresión se realizó mediante una entrevista semiestructurada realizada por un psiquiatra o psicólogo clínico. Las prevalencias obtenidas mediante el uso de instrumentos auto o heteroadministrados, como el HADS (38,1%) y las preguntas del EACS opción B (28,3%) son similares a las encontradas en estudios previos.

El cálculo de las AUC permite analizar la validez y la exactitud de los distintos métodos de screening en comparación con la entrevista MINI. En general los valores de AUC que están por encima de 0.8, indican un buen funcionamiento de las escala (Hosmer Jr, Lemeshow, & Sturdivant, 2013). En nuestro análisis tanto la propuesta EACS opción B, como la subescala de depresión del HADS, HADS D y el HADS T tienen un valor por encima de 0.8, siendo por tanto útiles como método de screening.

Cuando el resultado de una prueba es un valor numérico, hay que establecer el punto de corte que define cuándo la prueba es positiva o negativa. En función de ese punto de corte habrá variación entre la sensibilidad y especificidad. Por tanto, determinar el mejor punto de corte de un método de screening es complejo. Los factores que deben ser considerados incluyen el objetivo del screening, los objetivos clínicos o de la investigación, la prevalencia de la psicopatología y las consecuencias de una mala clasificación (Fombonne, 1991).

En nuestro estudio, encontramos que responder de forma afirmativa a una de las preguntas propuestas por la EACS (EACS A) tiene una sensibilidad muy alta (0.96) pero especificidad moderada (0.71), siendo de todos los cuestionarios utilizados, la que peor predice la presencia de la enfermedad. Responder SI a los dos ítems (EASC B) reduce la sensibilidad (0.83), pero mejora la especificidad (0.87), y tiene mejor concordancia con el criterio MINI. Por tanto, para poder considerar positivo el cribado mediante el criterio



propuesto por EACS, debería contestarse de forma afirmativa ambas preguntas (EACS opción B).

En cuanto a la escala HADS, existe cierta heterogeneidad en los puntos de corte de la escala (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002; Brennan, Worrall-Davies, McMillan, Gilbody, & House, 2010) con respecto a los primeros fijados por Zigmond y Snaith (Zigmond & Snaith, 1983). Estas diferencias podrían explicarse por la gran variedad de estudios en los que se han revisado dichos puntos de corte, en los que se usan distintos instrumentos como criterio gold-standard, en diferentes contextos de enfermedad elegidos y tipos de población o las distintas traducciones utilizadas (Hinz & Brähler, 2011).

Brennan en un metáanálisis sobre la escala llevado a cabo en 2010, sugiere que en el caso del trastorno depresivo mayor, un corte en un valor  $\geq 8$  tiene una sensibilidad del 0.82, y una especificidad de 0.74 y un punto de corte  $\geq 11$  obtiene una sensibilidad de 0.56 y una especificidad de 0.92 (Brennan et al., 2010). Estos datos coincidían con estudios realizados con anterioridad (Bjelland et al., 2002; Löwe et al., 2004; Stafford, Berk, & Jackson, 2007).

Según los datos obtenidos en nuestro estudio, el punto de corte HADS depresión  $> 10$ , tiene muy baja sensibilidad y pobre concordancia con el criterio MINI, siendo el punto de corte  $\geq 8$  con una AUC de 0.89 el mejor punto de corte, reflejándose su excelente capacidad de medir sintomatología depresiva. En el caso de la escala Total, HADS distrés, el mejor punto de corte es  $> 12$ , ya que mejora la especificidad, el valor predictivo positivo, la razón de verosimilitud positiva, el índice de validez y el índice de Youden (IY).

Estos datos, difieren de los encontrados por Savard, en una muestra de 162 pacientes con diagnóstico de VIH. Observó que un punto de corte  $\geq 7$  en HADS-D se asociaba con una sensibilidad de 90.9 % y una especificidad del 85,1% y un punto de corte  $\geq 17$  en el HADS T se asociaba con una sensibilidad del 90.9% y una especificidad del 83%. Estas diferencias con respecto a nuestro estudio podrían ser explicadas por las escalas utilizadas como gold-estándar, BDI e Inventario de ansiedad Estado- Rasgo, en el estudio de Savard frente a la entrevista MINI realizada por un psiquiatra en nuestro estudio, así como por

la percepción de la infección por VIH en el momento en el que se realizó la investigación (Savard, Laberge, Gauthier, Ivers, & Bergeron, 1998).

En la actualidad la depresión en pacientes con diagnóstico de infección por VIH es un trastorno fácilmente tratable y el no diagnóstico puede producir consecuencias notables. A la hora de buscar una herramienta de screening útil, se debe tender a usar los puntos de corte con una sensibilidad suficiente para el cribado, y con una especificidad ajustada. De este modo ningún paciente con depresión quedará fuera de evaluación posterior o de beneficiarse de un tratamiento (Jenicek, 1996).

Mitchel y Coyne en 2007 llevaron a cabo una revisión acerca del funcionamiento de las escalas denominadas “ultracortas”, basadas en una o dos preguntas, encontrando que son útiles para resolver la pregunta “depresión si / depresión no” en consultas generales. Uno de los problemas que encuentran, es el alto número de falsos positivos, por lo que señalan que sería inadecuado iniciar un tratamiento con sólo un resultado positivo en ese cuestionario. El poder hacer uso de una herramienta de diagnóstico estándar, sería necesario en un segundo paso, para quien el screening ultracorto sea positivo (Mitchell & Coyne, 2007).

En nuestro estudio, las dos herramientas de screening con mayor índice Kappa y por tanto con mejor concordancia con el cuestionario MINI, son la propuesta EACS (B) y HADS depresión  $\geq 8$ . Basándonos en los datos obtenidos, nuestra propuesta es utilizar de forma secuencial ambas herramientas. Se recomienda realizar primero las dos preguntas propuestas por EACS que pueden ser preguntadas por el médico o enfermera y en caso de contestar afirmativamente a ambas, y con el fin de reducir falsos positivos, instar al paciente a cumplimentar la subescala HADS Depresión. La subescala HADS-depresión es más corta que la escala completa, más fácil de cumplimentar y genera menor cansancio en el paciente. La obtención de una puntuación mayor o igual a 8 en este cuestionario, implicaría derivar al paciente a los servicios de salud mental, para poder confirmar la presencia o no de dicho diagnóstico y valorar si

iniciar tratamiento, ya que los instrumentos de screening deben facilitar la labor del clínico, pero nunca sustituirla.

A raíz de los resultados obtenidos el equipo investigador publicó estas conclusiones (Bayón-Pérez et al., 2016), posteriormente Rodkjaer, en un estudio llevado a cabo en Dinamarca en 500 pacientes con diagnóstico de infección por VIH, comparó las preguntas propuestas por la EACS frente a la escala Beck depression Inventory, obteniendo datos similares a los de nuestro estudio (Rodkjaer et al., 2016).

Conocer los factores de riesgo asociados al diagnóstico de depresión, no solo permite aumentar la sospecha clínica sino que además es una estrategia válida para su prevención. Según los datos obtenidos en nuestro estudio, los pacientes con mayor riesgo de desarrollar depresión son los que están ocupados (trabajando o estudiando) y aquellos que tienen puntuación baja en el sumatorio mental del cuestionario SF36 de calidad de vida.

El tener trabajo se ha relacionado con menor presencia de sintomatología depresiva en PVVS sobretodo cuando se trata de trabajos estables y con buenas condiciones laborales, ya que equivale a un mejor nivel socioeconómico (Eric G. Bing et al., 2001; Feuillet et al., 2016; Rabkin, 2008). Pero los trabajos en los que existen varios estresores psicosociales pueden perjudicar tanto a la salud mental como el hecho de estar desempleado (Broom et al., 2006; Grzywacz & Dooley, 2003). Rueda, en una muestra de pacientes con infección por VIH en Canadá observó que el cambio de estar desempleado a tener un empleo con malas condiciones laborales se asociaba a peor salud mental que permanecer sin trabajo (Rueda et al., 2011).

Omiya midió la influencia de los factores relacionados con el lugar del trabajo (flexibilidad a la hora de acudir a citas médicas y en la toma de medicación, ambientes tolerantes no estigmatizantes...) sobre las puntuaciones HADS en una muestra de pacientes con diagnóstico de VIH en Japón. Encontró que un trabajo con malas condiciones laborales influía de forma negativa en las puntuaciones del cuestionario HADS, frente al estar desempleado que no se asoció a empeoramiento de la puntuación (Omiya et al., 2014).

Desde el inicio de la crisis económica, las condiciones laborales, la intensidad y la inestabilidad laboral han empeorado (Gallie, 2013). Este hecho ha podido influir en la asociación encontrada en nuestros resultados, aunque nuestra pregunta no permita valorar la calidad del trabajo. Por otra parte, en nuestro estudio, la pregunta acerca de la situación laboral, incluía la posibilidad de que la persona estuviese estudiando, y probablemente asociase bajo nivel económico, lo que se ha relacionado con sintomatología depresiva (Eric G. Bing et al., 2001; Feuillet et al., 2016; Rabkin, 2008).

La escala SF36, mediante su sumario mental, mide, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental en una forma de calidad de vida relacionada con el bienestar en el estado de salud mental. En ellos están presentes de forma no expresa, otros factores como la red de apoyo social o la mayor preocupación respecto a su situación de salud, que si se han señalado como factores de predicción de depresión en infección por VIH en otros estudios (Arseniou, Arvaniti, & Samakouri, 2014; Simoni, Montoya, Huang, & Goodry, 2005; Wolff L, Alvarado M, & Wolff R, 2010) lo que nos ayudaría a entender los resultados obtenidos.

En nuestra muestra encontramos una asociación estadísticamente significativa en los análisis de regresión lineal univariante entre la depresión definida según criterio MINI con el nivel de estigma, el consumo de tóxicos actual y la edad, aunque posteriormente no resulta significativo en el análisis multivariante. En la literatura, encontramos numerosos estudios en los que tanto el estigma como el consumo de tóxicos se han relacionado con un aumento del riesgo de padecer depresión (Arseniou et al., 2014; Grov, Golub, Parsons, Brennan, & Karpiak, 2010; Nanni, Caruso, Mitchell, Meggiolaro, & Grassi, 2015; Wolff L et al., 2010). La edad también se ha relacionado con el incremento de los síntomas neuropsiquiátricos y depresivos en pacientes con infección por VIH (Hinkin, Castellon, Atkinson, & Goodkin, 2001).

Otros factores que se han relacionado con la posibilidad de padecer depresión en PVVS, son por un lado, ser mujer, de acuerdo con la literatura, existen

diferencias significativas en la presencia de síntomas depresivos, siendo las mujeres quienes más lo padecen y con mayor intensidad (Maldonado, 2015; Reis, 2013). En nuestra muestra no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de padecer depresión por ser mujer, probablemente por el escaso número de mujeres en el estudio.

En cuanto a aspectos relacionados con la evolución de la infección, se ha encontrado que el riesgo de depresión es menor en los que no han progresado a SIDA, y en los que reciben tratamiento antirretroviral (J. H. Atkinson et al., 2008; Gutiérrez et al., 2014). La homogeneidad de nuestra muestra en relación a estos parámetros (el 78,8% tienen una carga viral indetectable, y el 85% se encuentran en tratamiento) probablemente haya impedido hallar diferencias significativas.

### 6.3 Estigma

Las puntuaciones totales de estigma obtenidas en nuestra muestra son el 42,8 % con respecto a la puntuación máxima en la puntuación total de la Escala de Estigma - VIH, y una puntuación de 2,7 Escala de Estigma Internalizado –VIH. Radcliff, sugiere una división en el nivel de estigma en función de los resultados obtenidos en esta escala, alto nivel de estigma, cuando se contesta de forma positiva a 2 o más ítems, y bajo nivel de estigma cuando se contesta positivamente a uno o ningún ítem (Radcliffe, Neaigus, Bernard, & Shepard, 2015), podríamos decir por tanto que nuestra muestra presenta un nivel alto de estigma Este nivel de estigma es inferior al encontrado en otros estudios.

Simbayi en una muestra de 1063 pacientes con diagnóstico de infección por VIH en Cape Town (Sudáfrica) obtuvo un nivel de estigma de 3,3 utilizando la Escala de Estigma Internalizado –VIH (Simbayi, Strebel, Cloete, Henda, & Mqeketo, 2007). Li, obtuvo en una muestra de 266 pacientes en Beijing, un nivel del estigma del 70,48% en respecto a la puntuación máxima en la Escala de Estigma - VIH (Li, Hsieh, Morano, & Sheng, 2016), Fadzil un 76% en una muestra de 100 pacientes en Malasia (Fadzil, Othman, & Mustafa, 2016), Zafra – Tanaka un 63% en 339 pacientes en Perú (Zafra-Tanaka, Ticona-Chavez,

Zafra-Tanaka, & Ticona-Chavez, 2016) y Onyebuchi – Iwudibia un 62% en 105 pacientes de Nigeria (Onyebuchi-Iwudibia & Brown, 2014). Estas puntuaciones tan altas son en países en desarrollo o donde el tener una enfermedad asociada a la sexualidad o drogas implica ser apartado, como en China.

Se han encontrado dificultades a la hora de poder comparar los datos de estigma de nuestro estudio con poblaciones similares en lo que respecta a la cultura o nivel socioeconómico. Hay muy pocos estudios recientes sobre estigma en personas con infección por VIH, y solo alguno de ellos realizados en países en desarrollo como Europa o Norteamérica. Además algunos de los estudios que utilizan la Escala de Estigma – VIH han realizado cambios en la misma bien, por ser demasiado larga o como en nuestro estudio, para evitar el rechazo y el malestar que generan algunos ítems y que terminan no siendo contestados (Fuster-Ruiz de Apodaca, Molero, Holgado, & Ubillos, 2015; Reinius et al., 2017; Sumari-de Boer, Nellen, Sprangers, Prins, & Nieuwkerk, 2012).

Con respecto a las puntuaciones obtenidas en la subescalas de la escala Estigma- VIH, las más altas corresponden a la preocupación por revelar la serología, seguida de las relacionadas con la preocupación por las actitudes públicas de rechazo hacia las personas con PVVS. Ambos componentes del estigma son también más elevados en estudios realizados en poblaciones muy distintas tanto en lo cultural como en características socioeconómicas, como es el caso de China, Nigeria (Onyebuchi-Iwudibia & Brown, 2014), Perú (Zafra-Tanaka et al., 2016), Malasia (Fadzil et al., 2016) y más similares como Suecia (Lindberg, Wettergren, Wiklander, Svedhem-Johansson, & Eriksson, 2014) o Estados Unidos (Toth, A. York, & DePinto, 2016).

En nuestra muestra, el 79,6 % de los pacientes mantiene en secreto su diagnóstico en muchas áreas de su vida, el 82,3 % cree que es arriesgado revelar el diagnóstico, el 70,8 % se esfuerzan para mantener el VIH en secreto, el 89,4% es cuidadoso con respecto a la elección de la persona a quien le cuenta que tiene el VIH, al 74,3% le preocupa ser discriminado y al 68% ser juzgado por padecer la infección. Al 69% le preocupa que quien lo sabe se lo cuente a otros y por eso un 56,6% les pide que lo mantengan en secreto. En un

estudio cualitativo llevado a cabo en Irlanda, la narrativa que los pacientes hacen de la experiencia del estigma en relación a la revelación del diagnóstico nos ayuda a entender los datos cuantitativos de nuestro estudio. Por un lado existe miedo a la reacción del otro, a ser etiquetado y estigmatizado por el diagnóstico. En el caso de contarle a la propia familia, existe miedo a dañarles y a que ellos mismos sufran discriminación. Una creencia común entre los participantes de ese estudio, que tras la revelación de la infección por VIH, es frecuente que la siguiente pregunta sea “¿cómo te infectaste?” y que la contestación asocie el juicio del otro, también sobre este aspecto (Ferris, 2015).

Cantisano, comparó el proceso de compartir emociones presente en tres enfermedades crónicas, la infección por VIH, la diabetes y el cáncer. Observó que las PVVS comparten con menor frecuencia sus emociones, y con menos personas que las personas con diagnóstico de diabetes y las que padecen cáncer, siendo estas las que más lo hacen. La revelación del diagnóstico también era menos frecuente entre las PVVS, entre los motivos alegados, se encontraban el miedo a reflejar una imagen negativa de ellos, y exponerse a una falta de discreción por parte de la persona a la que se le ha confiado el secreto (Cantisano, Rimé, & Muñoz-Sastre, 2013).

Muchos de los estudios sobre estigma en pacientes con diagnóstico de infección por VIH se basan en el estigma internalizado. Las escalas que permiten medir este tipo de estigma, generalmente son de menor longitud y mayor facilidad de uso (Hasan et al., 2012; Kalichman et al., 2009; Overstreet, Earnshaw, Kalichman, & Quinn, 2013; Tsai et al., 2013). El estigma internalizado incluye sentimientos y preocupaciones derivados de la interiorización de las actitudes negativas de la sociedad (escala de autoimagen negativa) y de las preocupaciones de la revelación de la serología (Fuster et al. 2013). Según los datos obtenidos en nuestra muestra, el nivel de estigma no está tan influido por la autoimagen negativa (subescala con puntuación más alta), si no con la preocupación por las actitudes públicas de rechazo hacia las personas con PVVS (marginación social, pérdida del trabajo al conocer el diagnóstico, la incomodidad cuando están cerca de alguien con VIH).

Para poder poner en marcha programas de prevención y mejora del nivel de estigma es necesario reflejar en los instrumentos de medida utilizados el mayor número de dominios del estigma en PVVS posibles (Mahajan et al., 2008), y la Escala de Estigma – VIH es uno de los instrumentos de uso habitual que permite analizar cuatro dominios relacionados con el estigma (Berger et al., 2001).

En cuanto a la búsqueda de factores predictores de estigma, en nuestro estudio se observó una asociación estadísticamente significativa entre la puntuación total de la escala de Estigma y la presencia de antecedentes psiquiátricos, tanto personales como familiares y el consumo de tóxicos. Tanto la enfermedad mental como el consumo de drogas son en si mismas generadores de estigma (Schomerus et al., 2011). Asociar el estigma relacionado con la infección por VIH, con el asociado a la patología mental y el abuso de drogas, es un factor predictor de niveles más altos de estigma (Ahern, Stuber, & Galea, 2007; Semple, Strathdee, Zians, & Patterson, 2012; Yi et al., 2015).

Ahern encontró en una muestra estadounidense que los estigmas duales de la infección por VIH y el uso ilícito de drogas se combinan y forman una barrera para el tratamiento de la adicción y el cuidado del VIH. Las experiencias de estigma pueden disuadir a los consumidores de drogas de buscar atención porque anticipan una peor atención por parte del personal sanitario o temen ser denunciados a las fuerzas de orden público (Ahern et al., 2007)

También encontramos una relación significativa entre el nivel de estigma y el diagnóstico de depresión, bien realizado a través de la entrevista semiestructurada MINI como utilizando la estrategia secuencial de screening evaluada en el estudio. Este hallazgo es útil ya que si el clínico obtiene un screening positivo puede pensar que el paciente no solo tiene más probabilidad de estar deprimido, sino que además su nivel de estigma probablemente sea alto y tenga una peor calidad de vida puesto que existe una correlación negativa entre estigma y siete de las ocho dimensiones de la escala de CV.



Las intervenciones y el apoyo promovido deberán por tanto, tener en cuenta aspectos asociados al estigma y a la calidad de vida.

En nuestro estudio no encontramos relación entre el nivel de estigma y factores sociodemográficos o clínicos de la enfermedad. Emlet en una muestra de 378 personas con diagnóstico de VIH en Canadá, observó que una mayor edad y un tiempo más largo desde el diagnóstico de VIH se asociaba con niveles más bajos de estigma (Emlet et al., 2013). Sorsdahl encuentra datos similares en una población sudafricana (Sorsdahl, Mall, Stein, & Joska, 2011). En cuanto al sexo, varios estudios encuentran relación entre un mayor nivel de estigma y ser mujer (Emlet et al., 2013; Nattabi, Li, Thompson, Orach, & Earnest, 2011; Sorsdahl et al., 2011), mientras que Simbayi, en una muestra de 1000 personas con diagnóstico de VIH Cape Town, encuentra mayor estigma en varones. Lo relaciona con haber sufrido más discriminación laboral que las mujeres, contar con menor apoyo social y el uso de alcohol y otras drogas como estrategia de afrontamiento, mientras que las mujeres son más propensas a buscar apoyo (Simbayi et al., 2007).

Los resultados obtenidos sobre el estigma son francamente desconcertantes, tras 30 años desde el inicio de la epidemia, y a pesar del gran avance a nivel biomédico, observamos que en nuestro estudio un 80% de los pacientes mantiene en secreto su diagnóstico en muchas áreas de su vida, un 82,3 % cree que es arriesgado revelar el diagnóstico, y el cerca del 90% es cuidadoso con respecto a la elección de la persona a quien le revela su diagnóstico. Un alto nivel de estigma puede hacer que una persona no acuda a revisiones por no ser visto en la sala de espera, o no tome el tratamiento por miedo a ser cuestionado por otros. A pesar de ello, son muy escasos los estudios en países desarrollados que miden el estigma y aún más escasas, las estrategias puestas en marcha para mejorarlo. Nos parece que la asociación encontrada entre el estigma, depresión y calidad de vida, no solo a nivel mental sino también físico, hace necesario poner especial énfasis en diseñar estrategias enfocadas en quien tienen mayor riesgo de padecer alto niveles de estigma: personas con

enfermedad mental y consumo de tóxicos, así como en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en las PVVS.

La responsabilidad de los gobiernos en las actitudes públicas de rechazo hacia las personas con PVVS es innegable, en sus manos está poner en marcha campañas que operen a varios niveles y con múltiples destinatarios, y cambiar actitudes estigmatizantes y detener el comportamiento discriminatorio,

#### **6.4 Calidad de vida**

Al realizar el análisis de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Salud SF-36 se muestra que las puntuaciones más bajas se obtienen en Salud General (59,5), Vitalidad (63,1), Rol Emocional (64,6) y Salud Mental (66,4).

Comparamos las puntuaciones obtenidas en nuestra población, con los valores poblacionales de referencia de la versión Española del cuestionario, publicadas por Alonso y colaboradores es 1998 (Alonso et al., 1998). Al igual que en nuestra muestra, los valores más bajos corresponden a Salud General y Vitalidad. Encontramos las mayores diferencias de puntuación en Función Social (14,8 puntos), Rol Emocional (22 puntos) y en Salud Mental (6,9 puntos), siendo menores en nuestra muestra.

En 2001 García Ordoñez y colaboradores, evaluaron la calidad de vida de 300 pacientes con infección por VIH mediante el cuestionario SF36 en un hospital de Málaga. Obtuvieron puntuaciones más bajas en Salud General, Vitalidad, Rol Emocional y Salud Mental al igual que en nuestra muestra. Nuestras puntuaciones son superiores en todas las dimensiones, en probable relación con el tiempo transcurrido entre ambos estudios, siendo la dimensión Salud Mental la que menor diferencia de puntuación presenta (5,6 puntos) (Ordóñez et al., 2001).

Estas mismas dimensiones obtienen menores puntuaciones en estudios realizados en China (Meng, Li, Chen, Song, & Qian, 2007) y Colombia (Cardona-Arias, Peláez-Vanegas, López-Saldarriaga, Duque-Molina, & Leal-Álvarez, 2011), donde los valores obtenidos son muy similares a nuestra

muestra Salud General (67,79), Vitalidad (69,95), Rol Emocional (67,16) y Salud Mental (66,84).

El hecho de haber utilizado una escala genérica para la evaluación de la CVRS, nos permite analizar nuestros resultados, con los obtenidos en estudios llevados a cabo en otras enfermedades. Cebrian Pinar, encontró en una muestra de pacientes diagnosticados de Fibrosis Quística (Cebrián Pinar, 2015), niveles más bajos en Salud General (42,9) con respecto a nuestra muestra, similares en Vitalidad (67,73) pero valores más altos en Rol Emocional (86,67) y Funcionamiento Social (83,19) y Salud mental (74,73).

Wolfe compara la calidad de vida de cuatro enfermedades reumatológicas, lupus, artritis reumatoide, enfermedades reumáticas no inflamatorias y fibromialgia en una muestra de más de 21000 pacientes estadounidenses. Obtiene las siguientes puntuaciones en el sumario físico de la CV 36.3, 36.7, 36.4, 31.9 respectivamente, todas inferiores con respecto al 52,2 obtenido en nuestro estudio. En relación al sumario mental obtiene mejores puntuaciones, 44.3 en el caso del lupus, 49.1 en el caso de la artritis reumatoide, 50.8 en el caso de enfermedades no reumáticas excepto en el caso de la fibromialgia, cuya puntuación es similar a la obtenida en nuestro estudio (41,9 frente a 42,3) (Wolfe, Michaud, Li, & Katz, 2010). La fibromialgia dentro del campo de la reumatología es una de las enfermedades con mayor estigma asociado (Armentor, 2015; McInnis, McQuaid, Bombay, Matheson, & Anisman, 2015)

En el caso de la epilepsia, en un estudio llevado a cabo en de forma simultanea en 15 países y más de 5000 pacientes, se encontró que las dimensiones con peores puntuaciones eran Vitalidad, Dolor Corporal, Salud General y Salud Mental. La muestra fue dividida en tres grupos en función de la clínica, en un grupo estaban los que presentaban clónico tónico, en otro los tónico clónico y otros tipos y un tercer grupo con solo otros grupos. En el estudio además se evaluaban el estigma que padecen estos pacientes, ya que es una enfermedad con gran estigma. El grupo con mayores puntuaciones de estigma era el mixto (crisis tónico clónicas y otros tipos), y a su vez es el que peor puntuaciones en general tenía en las 8 dimensiones de calidad de vida y la puntuación más baja

en rol emocional (G. A. Baker, Jacoby, Buck, Stalgis, & Monnet, 1997).

Los cuatro dimensiones más afectadas en la esquizofrenia, otra enfermedad que asocia gran estigma en quien lo padece, según Sciolla son Rol Físico, Vitalidad, Salud General y Rol Emocional (Sciolla, Patterson, Wetherell, McAdams, & Jeste, 2003).

La calidad de vida de pacientes con infección por VIH es similar a la encontrada en otras enfermedades crónicas, sobretodo aquellas en las que padecerlas supone una experiencia social estigmatizante. Un alto nivel de estigma esta en relación con un empeoramiento de la calidad de vida afectando en mayor medida a las dimensiones relacionadas con la salud mental y en especial, con el Rol Emocional.

En cuanto a los factores predictores de calidad de vida, en nuestro estudio encontramos que un mayor número de ingresos y una mayor puntuación en la Escala Estigma -VIH son factores predictores de una peor puntuación en el sumario físico de Calidad de Vida. Estos resultados son similares a los encontrados por Ballester- Arnal en un estudio realizado en 744 personas con diagnóstico de infección por VIH, en las que un mayor nivel de estigma se relacionó con peor calidad de vida a nivel físico. Un peor estatus económico y presencia de sintomatología depresiva, también fueron identificados como predictores de una peor calidad de vida a nivel físico (Ballester-Arnal et al., 2016). En nuestra muestra, las puntuaciones en HADS D y HADS distrés, se relacionaron de forma negativa con el componente sumario físico en el análisis univariante, pero finalmente no adquirieron significación estadística en la regresión multivariante.

En cuanto a las datos clínicos asociados a la infección, el número de ingresos es un factor predictor negativo de calidad de vida a nivel físico. Miranda, realizó un estudio en población española para analizar los síntomas y factores subsidiarios de ingreso en un paciente con infección por VIH (Miranda et al., 2006). Las enfermedades respiratorias, las enfermedades definitorias de SIDA, y la hepatopatía por virus de la Hepatitis C, constituían las causas de ingresos más frecuentes. Además cerca de un 41% de los ingresos presentaban

problemas sociales, circunstancia que sin duda determina la evolución de su enfermedad por su asociación a resistencia del virus y mal cumplimiento por falta de adherencia. El número de ingresos por tanto engloba otros datos clínicos como son, una mayor presencia de síntomas, y de mayor gravedad (Hays et al., 2000; Herrmann et al., 2013; Holzemer et al., 2009; Murri et al., 2003; Préau, Marcellin, et al., 2007; Rueda et al., 2011) y comorbilidad con otras enfermedades (Liu et al., 2006; Rodriguez-Penney et al., 2013) que se han asociado a peor calidad de vida, física y mental. Préau observó en una muestra de 243 pacientes con infección por VIH que recibir TARGA afectaba al componente físico de la calidad de vida, si la salud previa era buena y los efectos secundarios negativos contrarrestan los efectos positivos del fármaco (Préau, Protopopescu, et al., 2007). Esto puede explicar la relación encontrada en nuestra muestra en el análisis univariante, entre el recibir TARGA y una peor calidad de vida a nivel físico.

Al elegir los modelos predictores del componente mental de la calidad de vida, (MCS), encontramos que los coeficientes de regresión del estigma diferían notablemente en función de la inclusión o no de las escalas de HADS en el análisis. En aquellos modelos en los que se incluían las puntuaciones de HADS-Distrés o HADS-Ansiedad, el nivel de estigma no adquiría una relación significativa a pesar de haberla obtenido en los análisis univariantes con ambas escalas de estigma utilizadas. Cabría pensar por tanto, que en nuestro estudio la ansiedad es un factor de confusión en la relación entre estigma y calidad de vida.

La relación entre la ansiedad, y el estigma ha sido descrita ampliamente en la literatura. Hernansaiz, en una muestra de 458 personas con diagnóstico de infección por VIH, encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre la puntuación obtenida en HADS y el estigma (Hernansaiz-Garrido & Alonso-Tapia, 2017). Evangeli, estudió la relación entre la ansiedad y la revelación del estado serológico mediante una revisión bibliográfica examinando 426 artículos (Evangeli & Wroe, 2017). El temor al rechazo y la discriminación de otros es constante a lo largo del tiempo y en las distintas culturas y países estudiados, y con ello la ansiedad relacionada con la

revelación del estado de VIH (Hult, Wrubel, Bränström, Acree, & Moskowitz, 2012). Esta ansiedad se ha relacionado con menor adherencia a la terapia antirretroviral, un bajo compromiso con el seguimiento médico, y un mayor aislamiento social (Hult et al., 2012; Quinn & Chaudoir, 2009; Smith et al., 1997). En los estudios cualitativos los participantes a menudo mencionaron temores sobre la divulgación del VIH como justificación para tales resultados negativos (Doherty, Chopra, Nkonki, Jackson, & Greiner, 2006; Grodensky et al., 2015; Nakigozi et al., 2013; Visser et al., 2008).

Por tanto, los niveles de ansiedad pueden ser una variable modificadora, más que un factor de confusión, que explica la relación entre el nivel de estigma y calidad de vida. La ansiedad se ha relacionado sobre todo con la revelación del estatus serológico y en nuestro estudio se obtuvieron puntuaciones muy elevadas en esta subescala del estigma lo que permitiría explicar el efecto tan potente de la ansiedad en los resultados.

Los datos de nuestro estudio respecto a la relación entre el consumo actual de tóxicos y peor calidad de vida, componente mental, se obtienen en otros estudios (Korthuis et al., 2008; Liu et al., 2006; Sherbourne et al., 2000).

La depresión se ha relacionado de forma significativa con el componente mental de la calidad de vida en numerosos estudios (Briongos Figuero, Bachiller Luque, Palacios Martín, González Sagrado, & Eiros Bouza, 2011; Holzemer et al., 2009; Jia et al., 2004; Kaplan et al., 1995). En nuestro estudio la relación adquiere significación en el análisis univariante con todos los métodos para identificar depresión utilizados, pero solo el método combinado de screening propuesto (EACS B y HADS depresión  $\geq 8$ ) mantiene la significación en el análisis multivariante. De este modo, cuando el clínico evalúe la presencia de sintomatología depresiva mediante la estrategia de screening propuesta y ésta sea positiva, va a poder identificar una baja calidad de vida a nivel mental, y poder realizar intervenciones con el fin de mejorarla.

El componente sumario mental se ha relacionado también con aspectos clínicos de la infección (niveles de CD4) (Armon & Lichtenstein, 2012; Préau, Marcellin, et al., 2007; Protopopescu et al., 2007), Protopopescu lo relaciona

con el malestar que asocia el avance de la infección (Protopopescu et al., 2007), esto explicaría la relación del componente mental de calidad de vida con la carga viral detectable.

Realizar un abordaje integral del paciente con diagnóstico de infección por VIH es imprescindible para mejorar su calidad de vida. Son importantes los aspectos clínicos de la propia infección, el estigma y la presencia de comorbilidades, incluida la depresión, por lo que se recomienda hacer uso de herramientas de screening de forma regular en las consultas habituales de VIH. Los pacientes consumidores de tóxicos presentan mayor nivel de estigma y peor calidad de vida, siendo necesario considerar programas específicos de tratamiento.

### **6.5 Limitaciones del estudio**

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, aunque las características sociodemográficas y clínicas de nuestra muestra son similares a las publicadas en la encuesta hospitalaria anual del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los datos respecto a la prevalencia de depresión, nivel de estima y calidad de vida podrían no ser generalizables a toda la población VIH de España.

En segundo lugar, realizar un seguimiento posterior de los pacientes diagnosticados y derivados a un dispositivo de Salud Mental, nos permitiría conocer si el screening de depresión en la consulta de VIH, supone una mejora de los resultados biopsicosociales frente a la atención estándar.

Tercero, no cuantificamos el coste asociado con la intervención de screening propuesta. Sin embargo, la estrategia de dos pasos propuesta es lo suficientemente simple como para ser implementada en las clínicas de VIH sin un aumento significativo en el tiempo de la atención de rutina, aunque implique un esfuerzo coordinado con los servicios de salud mental.

Por último, el soporte social y los mecanismos de afrontamiento han sido descritos como dos factores importantes en la relación entre la depresión, el estigma y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico VIH (Corless et al.,

2017; Eller et al., 2014; Kohli, Sane, Ghate, & Paranjape, 2016; Pakenham & Rinaldis, 2001; Simoni et al., 2005). La inclusión de estas variables en nuestro estudio nos hubiera permitido conocer si estos factores también están relacionados con la depresión, el estigma y calidad de vida en nuestra muestra y así poderlos tener en cuenta en futuras estrategias orientadas hacia el bienestar integral del paciente con infección por VIH.





## **7.- CONCLUSIONES**

1. La muestra estudiada de pacientes con infección por VIH, de características demográficas y clínicas similares a los atendidos en los servicios hospitalarios públicos de nuestro país, presentó una prevalencia de depresión del 21%, diagnosticada mediante la entrevista semiestructurada MINI realizada por un psiquiatra o psicólogo clínico.

2.- El uso de dos preguntas propuestas por EACS más la subescala de depresión del HADS constituye una estrategia secuencial útil de screening de depresión en Consultas de VIH. La recomendación sería utilizar esta estrategia de rutina a todos los pacientes que acudan a estas consultas

3.- La respuesta afirmativa a los dos ítems (EASC B) tiene una sensibilidad de 0,83, una especificidad de 0,87, un VPP de 0,63 y un VPN de 0,95, siendo mejor cribado que el responder de forma afirmativa a una sola pregunta. Con respecto a la subescala de depresión del HADS el punto de corte con mejor sensibilidad 0,63 y especificidad de 0,94, es  $\geq 8$  con una AUC de 0.89. Para la escala HADS total, el mejor punto de corte es  $>12$ , con una sensibilidad de 0.96, una especificidad de 0,78, un VPP de 0.53 y un VPN de 0,99.

4.- El nivel de estigma obtenido en nuestra muestra es medio - alto y está relacionado sobretodo con la dificultad para revelar la serología, y la preocupación por las actitudes públicas de rechazo hacia las personas con PVVS. La calidad de vida se asemeja a la presentada en otras enfermedades crónicas, obteniendo puntuaciones más bajas en las subescalas Salud General, Vitalidad, Rol Emocional y Salud Mental. Los datos del sumario mental, son similares a los presentados por otras enfermedades crónicas estigmatizantes.

5.- Los pacientes que presentan mayor riesgo de padecer depresión son los que están ocupados (trabajando o estudiando) y aquellos que tienen puntuación baja en el sumario mental del cuestionario SF36 de calidad de vida. Los factores de riesgo para presentar un mayor nivel de estigma son la presencia de antecedentes psiquiátricos, tanto personales como familiares, el

consumo de tóxicos, el diagnóstico de depresión y una peor puntuación en el sumario mental de la calidad de vida. Los factores predictores de peor calidad de vida, componente físico son el tener mayor número de ingresos y puntuación más alta en la Escala Estigma -VIH. Los factores predictores de peor calidad de vida, componente mental, son un nivel de estigma alto, el consumo actual de tóxicos y el diagnóstico de depresión.

6.- Dada la asociación encontrada entre estigma, depresión y calidad de vida en personas con diagnóstico de VIH, evaluar el nivel de estigma y la calidad de vida en estos pacientes permite poner en marcha programas específicos de tratamiento con el fin de mejorar y prevenir la comorbilidad depresiva.

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>

Abasiubong, F., Ekott, J. U., Bassey, E. A., Etukumana, E. A., & Edyang-Ekpa, M. (2010). Quality of life in people living with HIV/AIDS in Niger Delta Region, Nigeria. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 19(2), 211-218. <https://doi.org/10.3109/09638230903469210>

Abboud, S., Nouredine, S., Huijjer, H. A.-S., DeJong, J., & Mokhbat, J. (2010). Quality of life in people living with HIV/AIDS in Lebanon. *AIDS Care*, 22(6), 687-696. <https://doi.org/10.1080/09540120903334658>

Adán-Manes, J., & Ayuso-Mateos, J. L. (2010). Sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria: un fenómeno en auge. *Atención Primaria*, 42(1), 47-49. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.06.027>

Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2-3), 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014>

Airoldi, M., Zaccarelli, M., Bisi, L., Bini, T., Antinori, A., Mussini, C., ... Maggiolo, F. (2010). One-pill once-a-day HAART: a simplification strategy that improves adherence and quality of life of HIV-infected subjects. *Patient Preference and Adherence*, 4, 115-125.

Akinboro, A. O., Akinyemi, S. O., Olaitan, P. B., Raji, A. A., Popoola, A. A., Awoyemi, O. R., & Ayodele, O. E. (2014). Quality of life of Nigerians living with human immunodeficiency virus. *The Pan African Medical Journal*, 18, 234. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.18.234.2816>

Alkan, B. M., Fidan, F., Tosun, A., & Ardiçoğlu, Ö. (2014). Quality of life and self-reported disability in patients with knee osteoarthritis. *Modern Rheumatology*, 24(1), 166-171. <https://doi.org/10.3109/14397595.2013.854046>

Allaby, M. (2010). Screening for Depression: A Report for the UK National Screening Committee (Revised report).

Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodriguez, C., & De La Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la version espanola del cuestionario de salud SF-36. *Medicina clinica*, 111(11), 410-416.

Alonzo, A. A., & Reynolds, N. R. (1995). Stigma, HIV and AIDS: an exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social Science & Medicine* (1982), 41(3), 303-315.

Álvarez, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14, 64-68.

American Psychiatric Association. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington DC.

Antinori, A., Arendt, G., Becker, J. T., Brew, B. J., Byrd, D. A., Cherner, M., ... Wojna, V. E. (2007). Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders. *Neurology*, 69(18), 1789-1799. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000287431.88658.8b>

Applebaum, A. J., Richardson, M. A., Brady, S. M., Brief, D. J., & Keane, T. M. (2009). Gender and other psychosocial factors as predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in adults with comorbid HIV/AIDS, psychiatric and substance-related disorder. *AIDS and Behavior*, 13(1), 60-65. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9441-x>

Armah, K. A., McGinnis, K., Baker, J., Gibert, C., Butt, A. A., Bryant, K. J., ... Freiberg, M. (2012). HIV status, burden of comorbid disease, and biomarkers of inflammation, altered coagulation, and monocyte activation. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 55(1), 126-136. <https://doi.org/10.1093/cid/cis406>

Armentor, J. L. (2015). Living With a Contested, Stigmatized Illness: Experiences of Managing Relationships Among Women With Fibromyalgia. *Qualitative Health Research*. <https://doi.org/10.1177/1049732315620160>

Armon, C., & Lichtenstein, K. (2012). The associations among coping, nadir CD4+ T-cell count, and non-HIV-related variables with health-related quality of life among an ambulatory HIV-positive patient population. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 21(6), 993-1003. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0017-2>

Arroll, B., Khin, N., & Kerse, N. (2003). Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 327(7424), 1144-1146. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7424.1144>

Arseniou, S., Arvaniti, A., & Samakouri, M. (2014). HIV infection and depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(2), 96-109. <https://doi.org/10.1111/pcn.12097>

Asch, S. M., Kilbourne, A. M., Gifford, A. L., Burnam, M. A., Turner, B., Shapiro, M. F., & Bozzette, S. A. (2003). Underdiagnosis of Depression in HIV. *Journal of General Internal Medicine*, 18(6), 450-460. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20938.x>

Atkinson, J. H., Heaton, R. K., Patterson, T. L., Wolfson, T., Deutsch, R., Brown, S. J., ... HNRC Group. (2008). Two-year prospective study of major depressive disorder in HIV-infected men. *Journal of Affective Disorders*, 108(3), 225-234. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.017>

Atkinson, M., Zibin, S., & Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *The American Journal of Psychiatry*, 154(1), 99-105. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.1.99>

Azevedo, A. F. B., Petribú, K. C. L. de, Lima, M. de N., Silva, A. S. da, Filho, R., Arimatea, J. de, ... Rushansky, E. (2015). Quality of life of patients with rheumatoid arthritis under biological therapy. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 61(2), 126-131. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.02.126>

Baker, G. A., Jacoby, A., Buck, D., Stalgis, C., & Monnet, D. (1997). Quality of life of people with epilepsy: a European study. *Epilepsia*, 38(3), 353-362.

Baker, J. V., Peng, G., Rapkin, J., Abrams, D. I., Silverberg, M. J., MacArthur, R. D., ... Terry Bein Community Programs for Clinical Research on AIDS (CPCRA). (2008). CD4+ count and risk of non-AIDS diseases following initial treatment for HIV infection. *AIDS (London, England)*, 22(7), 841-848. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3282f7cb76>

Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Fumaz, C. R., González-García, M., Remor, E., & Fuster, M. J. (2016). A Spanish Study on Psychological Predictors of Quality of Life in People with HIV. *AIDS and Behavior*, 20(2), 281-291. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1208-6>

Barre-Sinoussi, F., Chermann, J. C., Rey, F., Nugeyre, M. T., Chamaret, S., Gruest, J., ... Montagnier, L. (1983). Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science (New York, N.Y.)*, 220(4599), 868–871.

Bayón, C., Ribera, E., Cabrero, E., Griffa, L., & Burgos, Á. (2012). Prevalence of depressive and other central nervous system symptoms in HIV-infected patients treated with HAART in Spain. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (Chicago, Ill.: 2002)*, 11(5), 321-328. <https://doi.org/10.1177/1545109712448217>

Bayón-Pérez, C., Hernando, A., Álvarez-Comino, M. J., Cebolla, S., Serrano, L., Gutiérrez, F., ... Pulido, F. (2016). Toward a comprehensive care of HIV patients: finding a strategy to detect depression in a Spanish HIV cohort. *AIDS Care*, 28(7), 834-841. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1144868>

Belak Kovacević, S., Vurusić, T., Duvancić, K., & Macek, M. (2006). Quality of life of HIV-infected persons in Croatia. *Collegium Antropologicum*, 30 Suppl 2, 79-84.

Bepe, N., Madanhi, N., Mudzviti, T., Gavi, S., Maponga, C. C., & Morse, G. D. (2011). The impact of herbal remedies on adverse effects and quality of life in HIV-infected individuals on antiretroviral therapy. *Journal of infection in developing countries*, 5(1), 48-53.

Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing & Health*, 24(6), 518-529.

Bhatia, M. S., & Munjal, S. (2014). Prevalence of Depression in People Living with HIV/AIDS Undergoing ART and Factors Associated with it. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 8(10), WC01-WC04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/7725.4927>



Bing, E. G., Burnam, M. A., Longshore, D., Fleishman, J. A., Sherbourne, C. D., London, A. S., ... Shapiro, M. (2001). Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58(8), 721-728.

Bing, E. G., Burnam, M. A., Longshore, D., Fleishman, J. A., Sherbourne, C. D., London, A. S., ... Shapiro, M. (2001). Psychiatric Disorders and Drug Use Among Human Immunodeficiency Virus–Infected Adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58(8), 721-728. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.8.721>

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.

Black, B. P., & Miles, M. S. (2002). Calculating the risks and benefits of disclosure in African American women who have HIV. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 31(6), 688-697.

Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906-914. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351>.

Braden, A. L., Overholser, J. C., & Silverman, E. (2011). Depression and reasons for living among AIDS patients: protecting quality of life when the end is in sight. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(2), 173-185. <https://doi.org/10.2190/PM.41.2.f>

Brennan, C., Worrall-Davies, A., McMillan, D., Gilbody, S., & House, A. (2010). The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 371-378. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.006>

Briongos Figuero, L. S., Bachiller Luque, P., Palacios Martín, T., González Sagrado, M., & Eiros Bouza, J. M. (2011). Assessment of factors influencing health-related quality of life in HIV-infected patients. *HIV Medicine*, 12(1), 22-30. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1293.2010.00844.x>

Broom, D. H., D'Souza, R. M., Strazdins, L., Butterworth, P., Parslow, R., & Rodgers, B. (2006). The lesser evil: Bad jobs or unemployment? A survey of mid-aged Australians. *Social Science & Medicine*, 63(3), 575-586. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.02.003>

Buckley, P. F. (2015). *Mental Health in the Medical Setting: Delivery, Workforce Needs, and Emerging Best Practices, An Issue of Psychiatric Clinics of North America - E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Cameron, I. M., Crawford, J. R., Lawton, K., & Reid, I. C. (2008). Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *The British Journal of General Practice*, 58(546), 32-36. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X263794>

Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, & Cheng, A. Y. Y. (2013). Canadian Diabetes Association 2013 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. Introduction. *Canadian Journal of Diabetes*, 37 Suppl 1, S1-3. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.01.009>

Cantisano, N., Rimé, B., & Muñoz-Sastre, M. T. (2013). The social sharing of emotions in HIV/AIDS: A comparative study of HIV/AIDS, diabetic and cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 18(10), 1255-1267. <https://doi.org/10.1177/1359105312462436>

Cardona-Arias, J., Peláez-Vanegas, L., López-Saldarriaga, J., Duque-Molina, M., & Leal-Álvarez, Ó. (2011). Health related quality of life in adults with HIV/AIDS in Colombia. *Biomédica*, 31(4), 532-544.

Carrieri, P., Spire, B., Duran, S., Katlama, C., Peyramond, D., François, C., ... APROCO Study Group. (2003). Health-related quality of life after 1 year of highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 32(1), 38-47.

Cebrián Pinar, M. (2015). Fibrosis Quística: comparativa de tres cuestionarios de calidad de vida. Recuperado a partir de <http://roderic.uv.es/handle/10550/50908>

Cella, D., Nowinski, C., Peterman, A., Victorson, D., Miller, D., Lai, J.-S., & Moy, C. (2011). The neurology quality-of-life measurement initiative. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(10 Suppl), S28-36. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.01.025>

Center for History and New Media. (s. f.). Guía rápida. Recuperado a partir de [http://zotero.org/support/quick\\_start\\_guide](http://zotero.org/support/quick_start_guide)

Centers for Disease Control (CDC). (1981). Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men—New York City and California. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 30(25), 305–308.

Centers for Disease Control (CDC). (1983). Current Trends Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) -- United States.

Centro Nacional de Epidemiología. (2016). Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida.

Chambers, L. A., Rueda, S., Baker, D. N., Wilson, M. G., Deutsch, R., Raeifar, E., ... Stigma Review Team. (2015). Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC Public Health*, 15, 848. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2197-0>

Chesney, M. (2003). Adherence to HAART regimens. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(4), 169-177. <https://doi.org/10.1089/108729103321619773>

Choi, S. K. Y., Boyle, E., Burchell, A. N., Gardner, S., Collins, E., Grootendorst, P., ... Group, O. C. S. (2015). Validation of Six Short and Ultra-short Screening Instruments for Depression for People Living with HIV in Ontario: Results from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. *PLOS ONE*, 10(11), e0142706. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142706>

Choi, S. K. Y., Boyle, E., Cairney, J., Collins, E. J., Gardner, S., Bacon, J., & Rourke, S. B. (2016). Prevalence, Recurrence, and Incidence of Current Depressive Symptoms among People Living with HIV in Ontario, Canada: Results from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. *PLOS ONE*, 11(11), e0165816. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165816>

Christensen, M. C., Banner, C., Lefering, R., Vallejo-Torres, L., & Morris, S. (2011). Quality of life after severe trauma: results from the global trauma trial with recombinant Factor VII. *The Journal of Trauma*, 70(6), 1524-1531. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181f053c2>

Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(5), 725-730. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.5.725>

Colibazzi, T., Hsu, T. T., & Gilmer, W. S. (2006). Human immunodeficiency virus and depression in primary care: a clinical review. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 8(4), 201-211.

Connell, J., O'Cathain, A., & Brazier, J. (2014). Measuring quality of life in mental health: Are we asking the right questions? *Social Science & Medicine* (1982), 120, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.026>

Cook, J. A., Grey, D. D., Burke-Miller, J. K., Cohen, M. H., Vlahov, D., Kapadia, F., ... Levine, A. M. (2007). Illicit drug use, depression and their association with highly active antiretroviral therapy in HIV-positive women. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(1), 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.002>

Corless, I. B., Hoyt, A. J., Tyer-Viola, L., Sefcik, E., Kemppainen, J., Holzemer, W. L., ... Nicholas, P. K. (2017). 90-90-90-Plus: Maintaining Adherence to Antiretroviral Therapies. *AIDS Patient Care and STDs*, 31(5), 227-236. <https://doi.org/10.1089/apc.2017.0009>

Crawford, J. R., Henry, J. D., Crombie, C., & Taylor, E. P. (2001). Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *The British Journal of Clinical Psychology*, 40(Pt 4), 429-434.

Cuca, Y. P., Asher, A., Okonsky, J., Kaihura, A., Dawson-Rose, C., & Webel, A. (2017). HIV Stigma and Social Capital in Women Living With HIV. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 28(1), 45-54. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2016.09.001>

Cunningham MD, M., William E., Shapiro MD, P., Martin F., Hays PhD, R. D., Dixon PhD, W. J., Visscher MD, S., Barbara R., George MD, W. L., ... Beck MD, C. K. (1998). Constitutional Symptoms and Health-Related Quality of Life in Patients with Symptomatic HIV Disease. *The American Journal of Medicine*, 104(2), 129-136. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(97\)00349](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(97)00349)

Cysique, L. A., Dermody, N., Carr, A., Brew, B. J., & Teesson, M. (2016). The role of depression chronicity and recurrence on neurocognitive dysfunctions in HIV-infected adults. *Journal of Neurovirology*, 22(1), 56-65. <https://doi.org/10.1007/s13365-015-0368-5>

Dalessandro, M., Conti, C. M., Gambi, F., Falasca, K., Doyle, R., Conti, P., ... Vecchiet, J. (2007). Antidepressant therapy can improve adherence to antiretroviral regimens among HIV-infected and depressed patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(1), 58-61. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31802f0dd1>

Davidson, M. B. (2005). SF-36 and diabetes outcome measures. *Diabetes Care*, 28(6), 1536-1537.

de Boer-van der Kolk, I. M., Sprangers, M. A. G., Prins, J. M., Smit, C., de Wolf, F., & Nieuwkerk, P. T. (2010). Health-related quality of life and survival among HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy: a study of patients in the AIDS Therapy Evaluation in the Netherlands (ATHENA) Cohort. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 50(2), 255-263. <https://doi.org/10.1086/649216>

Deeks, S. G., Lewin, S. R., & Havlir, D. V. (2013). The End of AIDS: HIV Infection as a Chronic Disease. *Lancet*, 382(9903), 1525-1533. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61809-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61809-7)

Degroote, S., Vogelaers, D., & Vandijck, D. M. (2014). What determines health-related quality of life among people living with HIV: an updated review of the literature. *Archives of Public Health = Archives Belges De Sante Publique*, 72(1), 40. <https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-40>

Delgado-Mendilívar, J. M., Cadenas-Díaz, J. C., Fernández-Torrico, J. M., Navarro-Mascarell, G., & Izquierdo, G. (2005). [A study of the quality of life in cases of multiple sclerosis]. *Revista De Neurologia*, 41(5), 257-262.

Detmar, S. B., Muller, M. J., Schornagel, J. H., Wever, L. D. V., & Aaronson, N. K. (2002). Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial. *JAMA*, 288(23), 3027-3034.

Diiorio, C., McCarty, F., Depadilla, L., Resnicow, K., Holstad, M. M., Yeager, K., ... Lundberg, B. (2009). Adherence to antiretroviral medication regimens: a test of a psychosocial model. *AIDS and Behavior*, 13(1), 10-22. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9318-4>

Dlamini, P. S., Wantland, D., Makoae, L. N., Chirwa, M., Kohi, T. W., Greeff, M., ... Holzemer, W. L. (2009). HIV stigma and missed medications in HIV-positive people in five African countries. *AIDS Patient Care and STDs*, 23(5), 377-387. <https://doi.org/10.1089/apc.2008.0164>

Do, H. M., Dunne, M. P., Kato, M., Pham, C. V., & Nguyen, K. V. (2013). Factors associated with suboptimal adherence to antiretroviral therapy in Viet Nam: a cross-sectional study using audio computer-assisted self-interview (ACASI). *BMC Infectious Diseases*, 13, 154. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-13-154>

Doherty, T., Chopra, M., Nkonki, L., Jackson, D., & Greiner, T. (2006). Effect of the HIV epidemic on infant feeding in South Africa: «When they see me coming with the tins they laugh at me». *Bulletin of the World Health Organization*, 84(2), 90-96. <https://doi.org/S0042-96862006000200008>

Doitsh, G., Cavrois, M., Lassen, K. G., Zepeda, O., Yang, Z., Santiago, M. L., ... Greene, W. C. (2010). Abortive HIV infection mediates CD4 T cell depletion and inflammation in human lymphoid tissue. *Cell*, 143(5), 789-801. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2010.11.001>

Douaihy, A., & Singh, N. (2001). Factors affecting quality of life in patients with HIV infection. *The AIDS Reader*, 11(9), 450-454, 460-461, 475.

Driskell, J. R., Salomon, E., Mayer, K., Capistrant, B., & Safren, S. (2008). Barriers and Facilitators of HIV Disclosure: Perspectives from HIV-Infected Men Who Have Sex with Men. *Journal of HIV/AIDS & social services*, 7(2), 135-156. <https://doi.org/10.1080/15381500802006573>

Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160-1177. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>

Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social Science & Medicine* (1982), 41(10), 1383-1394.

Elford, J., Ibrahim, F., Bukutu, C., & Anderson, J. (2008). HIV-related discrimination reported by people living with HIV in London, UK. *AIDS and Behavior*, 12(2), 255-264. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9344-2>

Eller, L. S., Rivero-Mendez, M., Voss, J., Chen, W.-T., Chaiphalsarisdi, P., Liping, S., ... Brion, J. M. (2014). Depressive symptoms, self-esteem, HIV symptom management self-efficacy and self-compassion in people living with HIV. *AIDS Care*, 26(7), 795-803. <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.841842>

Emlet, C. A. (2007). Extending the Use of the 40-Item HIV-Stigma Scale to Older Adults. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 6(3), 43-54. [https://doi.org/10.1300/J187v06n03\\_04](https://doi.org/10.1300/J187v06n03_04)

Emlet, C. A., Brennan, D. J., Brennenstuhl, S., Rueda, S., Hart, T. A., Rourke, S. B., & OHTN Cohort Study Team. (2013). Protective and risk factors associated with stigma in a population of older adults living with HIV in Ontario, Canada. *AIDS Care*, 25(10), 1330-1339. <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.774317>

Enzinger, A. C., Zhang, B., Weeks, J. C., & Prigerson, H. G. (2014). Clinical Trial Participation as Part of End-of-Life Cancer Care: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(6), 1078-1090. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.07.004>

European AIDS Clinical Society. (2014). European AIDS Clinical Society. EACS Guidelines.

EuroQol Group. (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 16(3), 199-208.



Evangelii, M., & Wroe, A. L. (2017). HIV Disclosure Anxiety: A Systematic Review and Theoretical Synthesis. *AIDS and Behavior*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1453-3>

Fadzil, N. A., Othman, Z., & Mustafa, M. (2016). Stigma in Malay Patients with HIV/AIDS in Malaysia. *International Medical Journal*, 23(4), 1-4.

Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of Psychosocial Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 31(6), 782-793. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.40.8922>

Fanning, M. M., Emmott, S., & Psych, C. (1993). Evaluation of a Quality of Life Instrument for HIV/AIDS. *AIDS Patient Care*, 7(3), 161-162. <https://doi.org/10.1089/apc.1993.7.161>

Faria, N. R., Rambaut, A., Suchard, M. A., Baele, G., Bedford, T., Ward, M. J., ... Pybus, O. G. (2015). Populations, 346(6205), 56–61. <https://doi.org/10.1126/science.1256739>.The

Feldman, D. A. (1994). *Global AIDS Policy*. ABC-CLIO.

Fellows, R. P., Byrd, D. A., & Morgello, S. (2013). Major Depressive Disorder, Cognitive Symptoms, and Neuropsychological Performance among Ethnically Diverse HIV+ Men and Women. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 19(2), 216-225. <https://doi.org/10.1017/S1355617712001245>

Feuillet, P., Lert, F., Tron, L., Aubriere, C., Spire, B., Dray-Spira, R., & the Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales (ANRS)-VIH: Enquête sur les personnes atteintes (Vespa2) Study Group. (2016). Prevalence of and factors associated with depression

among people living with HIV in France. *HIV Medicine*, n/a-n/a.  
<https://doi.org/10.1111/hiv.12438>

Fischl, M. A., Richman, D. D., Grieco, M. H., Gottlieb, M. S., Volberding, P. A., Laskin, O. L., ... Schooley, R. T. (1987). The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. A double-blind, placebo-controlled trial. *The New England Journal of Medicine*, 317(4), 185-191. <https://doi.org/10.1056/NEJM198707233170401>

Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D., & Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ*, 305(6861), 1074-1077. <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6861.1074>

Fombonne, E. (1991). The use of questionnaires in child psychiatry research: measuring their performance and choosing an optimal cut-off. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 32(4), 677-693.

Ford, E. S., Greenwald, J. H., Richterman, A. G., Rupert, A., Dutcher, L., Badralmaa, Y., ... Sereti, I. (2010). Traditional risk factors and D-dimer predict incident cardiovascular disease events in chronic HIV infection. *AIDS (London, England)*, 24(10), 1509-1517. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32833ad914>

Fukunishi, I., Matsumoto, T., Negishi, M., Hayashi, M., Hosaka, T., & Moriya, H. (1997). Somatic complaints associated with depressive symptoms in HIV-positive patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(5), 248-251.

Fuster, M. J., Molero, F., de Montes, L. G., Agirrezabal, A., & Vitoria, A. (2013). HIV- and AIDS-related stigma: psychosocial aspects in a representative Spanish sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, E30. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.52>

Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., Molero, F., Holgado, F. P., & Mayordomo, S. (2014). Enacted and internalized stigma and quality of life among people with HIV: the role of group identity. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 23(7), 1967-1975. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0653-4>

Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Molero, F., Holgado, F. P., & Ubillos, S. (2015). Adaptation of the HIV Stigma Scale in Spaniards with HIV. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E66. <https://doi.org/10.1017/S1138741615000694>

Gallie, D. (2013). Crisis Económica, Calidad del Trabajo e Integración Social Principales resultados de la 2ª y 5ª Ediciones de la Encuesta Social Europea. Centre for Comparative Social Surveys.

Gallo, R. C., Salahuddin, S. Z., Popovic, M., Shearer, G. M., Kaplan, M., Haynes, B. F., ... Safai, B. (1984). Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science (New York, N.Y.)*, 224(4648), 500–503.

Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 324(7351), 1417.

General A. (2011). Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA.

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 11.0 Update*. Allyn and Bacon.

Giacomelli, R., Gorla, R., Trotta, F., Tirri, R., Grassi, W., Bazzichi, L., ... Sarzi-Puttini, P. (2015). Quality of life and unmet needs in patients with inflammatory arthropathies: results from the

multicentre, observational RAPSODIA study. *Rheumatology (Oxford, England)*, 54(5), 792-797.  
<https://doi.org/10.1093/rheumatology/keu398>

Gierlaszyńska, K., Pudło, R., Jaworska, I., Byrczek-Godula, K., & Gąsior, M. (2016). Tools for assessing quality of life in cardiology and cardiac surgery. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska = Polish Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 13(1), 78-82.  
<https://doi.org/10.5114/kitp.2016.58974>

Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. A. (2001). Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322(7283), 406-409.

Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon and Schuster.

Goldman, D. P., & Smith, J. P. (2002). Can patient self-management help explain the SES health gradient? *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 99(16), 10929-10934. <https://doi.org/10.1073/pnas.162086599>

Goldney, R. D., Fisher, L. J., Wilson, D. H., & Cheok, F. (2002). Mental health literacy of those with major depression and suicidal ideation: an impediment to help seeking. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(4), 394-403.

Golin, C., Isasi, F., Bontempi, J. B., & Eng, E. (2002). Secret pills: HIV-positive patients' experiences taking antiretroviral therapy in North Carolina. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 14(4), 318-329.

Gonzalez, A., Solomon, S. E., Zvolensky, M. J., & Miller, C. T. (2009). The interaction of mindful-based attention and awareness and disengagement coping with HIV/AIDS-related

stigma in regard to concurrent anxiety and depressive symptoms among adults with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 14(3), 403-413. <https://doi.org/10.1177/1359105309102193>

Gonzalez, J. S., Batchelder, A. W., Psaros, C., & Safren, S. A. (2011). Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 58(2), 181-187. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31822d490a>

Gordillo, V., del Amo, J., Soriano, V., & González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS (London, England)*, 13(13), 1763-1769.

Gottlieb, M. S., Schroff, R., Schanker, H. M., Weisman, J. D., Fan, P. T., Wolf, R. A., & Saxon, A. (1981). Pneumocystis carinii Pneumonia and Mucosal Candidiasis in Previously Healthy Homosexual Men [research-article].

Greub, G., Ledergerber, B., Battegay, M., Grob, P., Perrin, L., Furrer, H., ... Telenti, A. (2000). Clinical progression, survival, and immune recovery during antiretroviral therapy in patients with HIV-1 and hepatitis C virus coinfection: the Swiss HIV Cohort Study. *Lancet (London, England)*, 356(9244), 1800-1805.

Grodensky, C. A., Golin, C. E., Jones, C., Mamo, M., Dennis, A. C., Abernethy, M. G., & Patterson, K. B. (2015). «I Should Know Better»: The Roles of Relationships, Spirituality, Disclosure, Stigma, and Shame for Older Women Living with HIV Seeking Support in the South. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 26(1), 12-23. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.01.005>

Grossman, H. A., Sullivan, P. S., & Wu, A. W. (2003). Quality of life and HIV: current assessment tools and future directions for clinical practice. *The AIDS Reader*, 13(12), 583-590, 595-597.

Grov, C., Golub, S. A., Parsons, J. T., Brennan, M., & Karpiak, S. E. (2010). Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS care*, 22(5), 630-639. <https://doi.org/10.1080/09540120903280901>

Grzywacz, J. G., & Dooley, D. (2003). «Good jobs» to «bad jobs»: replicated evidence of an employment continuum from two large surveys. *Social Science & Medicine* (1982), 56(8), 1749-1760.

Gutiérrez, F., García, L., Padilla, S., Álvarez, D., Moreno, S., Navarro, G., ... CoRIS. (2014). Risk of clinically significant depression in HIV-infected patients: effect of antiretroviral drugs. *HIV Medicine*, 15(4), 213-223. <https://doi.org/10.1111/hiv.12104>

Guyatt, G. H. (1993). Measurement of health-related quality of life in heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 22(4), A185-A191. [https://doi.org/10.1016/0735-1097\(93\)90488-M](https://doi.org/10.1016/0735-1097(93)90488-M)

Hartzell, J. D., Janke, I. E., & Weintrob, A. C. (2008). Impact of depression on HIV outcomes in the HAART era. *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 62(2), 246-255. <https://doi.org/10.1093/jac/dkn193>

Hasan, M. T., Nath, S. R., Khan, N. S., Akram, O., Gomes, T. M., & Rashid, S. F. (2012). Internalized HIV/AIDS-related Stigma in a Sample of HIV-positive People in Bangladesh. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 30(1), 22-30.

Haseli, N., Esmaeelzadeh, F., Ghahramani, F., Alimohamadi, Y., Hayati, R., & Mahboubi, M. (2014). Health-related quality of life and its related factors in HIV(+) patients referred to Shiraz Behavioral Counseling Center, Iran in 2012. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28, 13.

Haverkos, H. W., & Curran, J. W. (1982). The current outbreak of kaposi's sarcoma and opportunistic infections. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 32(6), 330-339. <https://doi.org/10.3322/canjclin.32.6.330>

Hays, R. D., Cunningham, W. E., Sherbourne, C. D., Wilson, I. B., Wu, A. W., Cleary, P. D., ... Bozzette, S. A. (2000). Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *The American Journal of Medicine*, 108(9), 714-722.

Hays, R. D., Cunningham, W., Sherbourne, C. D., Wilson, I. B., Wu, A. W., Cleary, P., ... Bozzette, S. A. (2000). Health-related Quality of Life in Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection in the United States [Product Page]. [https://www.rand.org/pubs/external\\_publications/EP20000618.html](https://www.rand.org/pubs/external_publications/EP20000618.html)

Health Canada. (2009). Informe final del 4º Diálogo sobre Políticas Internacionales.

Heaton, R. K., Franklin, D. R., Ellis, R. J., McCutchan, J. A., Letendre, S. L., Leblanc, S., ... HNRC Group. (2011). HIV-associated neurocognitive disorders before and during the era of combination antiretroviral therapy: differences in rates, nature, and predictors. *Journal of Neurovirology*, 17(1), 3-16. <https://doi.org/10.1007/s13365-010-0006-1>

Hernansaiz-Garrido, H., & Alonso-Tapia, J. (2017). Internalized HIV Stigma and Disclosure Concerns: Development and Validation of Two Scales in Spanish-Speaking Populations. *AIDS and Behavior*, 21(1), 93-105. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1305-1>

Herrmann, S., McKinnon, E., Hyland, N. B., Lalanne, C., Mallal, S., Nolan, D., ... Duracinsky, M. (2013). HIV-related stigma and physical symptoms have a persistent influence on health-related quality of life in Australians with HIV infection. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 56. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-56>

Hinkin, C. H., Castellon, S. A., Atkinson, J. H., & Goodkin, K. (2001). Neuropsychiatric aspects of HIV infection among older adults. *Journal of clinical epidemiology*, 54(Suppl 1), S44-S52.

Hinz, A., & Brähler, E. (2011). Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(2), 74-78.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.01.005>

Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Buchmann, L. O., Compas, B., Deshields, T. L., ... Freedman-Cass, D. A. (2013). Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 11(2), 190-209.

Holmes, W. C., & Shea, J. A. (1999). Two approaches to measuring quality of life in the HIV/AIDS population: HAT-QoL and MOS-HIV. *Quality of Life Research*, 8(6), 515-527.  
<https://doi.org/10.1023/A:1008931006866>

Holzemer, W. L., Human, S., Arudo, J., Rosa, M. E., Hamilton, M. J., Corless, I., ... Maryland, M. (2009). Exploring HIV stigma and quality of life for persons living with HIV infection. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 20(3), 161-168.  
<https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.02.002>

Horberg, M. A., Silverberg, M. J., Hurley, L. B., Towner, W. J., Klein, D. B., Bersoff-Matcha, S., ... Kovach, D. A. (2008). Effects of depression and selective serotonin reuptake inhibitor use on adherence to highly active antiretroviral therapy and on clinical outcomes in HIV-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 47(3), 384-390.  
<https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e318160d53e>

Hosmer Jr, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (Vol. 398). John Wiley & Sons.



Hughes, C. A., Tseng, A., & Cooper, R. (2015). Managing drug interactions in HIV-infected adults with comorbid illness. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 187(1), 36-43. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131626>

Hult, J. R., Wrubel, J., Bränström, R., Acree, M., & Moskowitz, J. T. (2012). Disclosure and nondisclosure among people newly diagnosed with HIV: an analysis from a stress and coping perspective. *AIDS Patient Care and STDs*, 26(3), 181-190. <https://doi.org/10.1089/apc.2011.0282>

Huynh, A. K., Kinsler, J. J., Cunningham, W. E., & Sayles, J. N. (2013). The role of mental health in mediating the relationship between social support and optimal ART adherence. *AIDS Care*, 25(9), 1179-1184. <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.752787>

Hymes, K. B., Cheung, T., Greene, J. B., Prose, N. S., Marcus, A., Ballard, H., ... Laubenstein, L. J. (1981). Kaposi's sarcoma in homosexual men-a report of eight cases. *Lancet (London, England)*, 2(8247), 598-600.

Ibor, E. L., Pagán, E. M., Lapuerta, C. L., Laderas, L. B., Díaz, J. M., & Rodrigo, E. A. (2015). ¿Es importante valorar los síntomas de Ansiedad y Depresión en población VIH? *Revista Multidisciplinar del Sida*, 3(4), 52-55.

Israelski, D. M., Prentiss, D. E., Lubega, S., Balmas, G., Garcia, P., Muhammad, M., ... Koopman, C. (2007). Psychiatric co-morbidity in vulnerable populations receiving primary care for HIV/AIDS. *AIDS Care*, 19(2), 220-225. <https://doi.org/10.1080/09540120600774230>

Jelsma, J., Maclean, E., Hughes, J., Tinise, X., & Darder, M. (2005). An investigation into the health-related quality of life of individuals living with HIV who are receiving HAART. *AIDS Care*, 17(5), 579-588. <https://doi.org/10.1080/09540120412331319714>

Jenicek, M. (1996). *Epidemiología: la lógica de la medicina moderna*. Masson.

Jerant, A., Kravitz, R. L., Fernandez Y Garcia, E., Feldman, M. D., Cipri, C., Nishio, D., ... Franks, P. (2014). Potential antidepressant overtreatment associated with office use of brief depression symptom measures. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 27(5), 611-620. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.05.140038>

Jia, H., Uphold, C. R., Wu, S., Reid, K., Findley, K., & Duncan, P. W. (2004). Health-related quality of life among men with HIV infection: effects of social support, coping, and depression. *AIDS Patient Care and STDs*, 18(10), 594-603. <https://doi.org/10.1089/apc.2004.18.594>

Jin, H., Hampton Atkinson, J., Yu, X., Heaton, R. K., Shi, C., Marcotte, T. P., ... HNRC China collaboration group. (2006). Depression and suicidality in HIV/AIDS in China. *Journal of Affective Disorders*, 94(1-3), 269-275. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.04.013>

Justice, A. C., Freiberg, M. S., Tracy, R., Kuller, L., Tate, J. P., Goetz, M. B., ... VACS Project Team. (2012). Does an index composed of clinical data reflect effects of inflammation, coagulation, and monocyte activation on mortality among those aging with HIV? *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 54(7), 984-994. <https://doi.org/10.1093/cid/cir989>

Kalichman, S. C., DiMarco, M., Austin, J., Luke, W., & DiFonzo, K. (2003). Stress, Social Support, and HIV-Status Disclosure to Family and Friends Among HIV-Positive Men and Women. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(4), 315-332. <https://doi.org/10.1023/A:1024252926930>

Kalichman, S. C., Rompa, D., & Cage, M. (2000). Distinguishing between overlapping somatic symptoms of depression and HIV disease in people living with HIV-AIDS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(10), 662-670.

Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Cloete, A., Mthembu, P. P., Mkhonta, R. N., & Ginindza, T. (2009). Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: the Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS Care*, 21(1), 87-93. <https://doi.org/10.1080/09540120802032627>

Kang, E., Rapkin, B. D., & DeAlmeida, C. (2006). Are psychological consequences of stigma enduring or transitory? A longitudinal study of HIV stigma and distress among Asians and Pacific Islanders living with HIV illness. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(10), 712-723. <https://doi.org/10.1089/apc.2006.20.712>

Kaplan, R. M., Anderson, J. P., Patterson, T. L., McCutchan, J. A., Weinrich, J. D., Heaton, R. K., ... Grant, I. (1995). Validity of the Quality of Well-Being Scale for persons with human immunodeficiency virus infection. HNRC Group. HIV Neurobehavioral Research Center. *Psychosomatic Medicine*, 57(2), 138-147.

Keele, B. F., Van Heuverswyn, F., Li, Y., Bailes, E., Takehisa, J., Santiago, M. L., ... Hahn, B. H. (2006). Chimpanzee Reservoirs of Pandemic and Nonpandemic HIV-1. *Science*, 313(5786), 523 LP – 526.

Kegeles, S. M., Coates, T. J., Christopher, T. A., & Lazarus, J. L. (1989). Perceptions of AIDS: the continuing saga of AIDS-related stigma. *AIDS (London, England)*, 3 Suppl 1, S253-258.

Kilbourne, A. M., Justice, A. C., Rollman, B. L., McGinnis, K. A., Rabeneck, L., Weissman, S., ... Rodriguez-Barradas, M. (2002). Clinical Importance of HIV and Depressive Symptoms Among Veterans with HIV Infection. *Journal of General Internal Medicine*, 17(7), 512-520. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10803.x>

Kinsler, J. J., Wong, M. D., Sayles, J. N., Davis, C., & Cunningham, W. E. (2007). The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-

positive population. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(8), 584-592.  
<https://doi.org/10.1089/apc.2006.0202>

Kohli, R., Sane, S., Ghatge, M., & Paranjape, R. (2016). Coping strategies of HIV-positive individuals and its correlation with quality of life in Pune, India. *International Social Work*, 59(2), 256-267. <https://doi.org/10.1177/0020872813519658>

Korthuis, P. T., Zephyrin, L. C., Fleishman, J. A., Saha, S., Josephs, J. S., McGrath, M. M., ... HIV Research Network. (2008). Health-related quality of life in HIV-infected patients: the role of substance use. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(11), 859-867.  
<https://doi.org/10.1089/apc.2008.0005>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284-1292.  
<https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>

Kupfer, D. J., & Frank, E. (2003). Comorbidity in depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 57-60. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s418.12.x>

Larder, B. A., Darby, G., & Richman, D. D. (1989). HIV with reduced sensitivity to zidovudine (AZT) isolated during prolonged therapy. *Science (New York, N.Y.)*, 243(4899), 1731-1734.

Leserman, J. (2008). Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), 539-545. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181777a5f>

Li, Z., Hsieh, E., Morano, J. P., & Sheng, Y. (2016). Exploring HIV-related stigma among HIV-infected men who have sex with men in Beijing, China: a correlation study. *AIDS Care*, 28(11), 1394-1401. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1179713>

Li, Z., & Sheng, Y. (2014). Investigation of perceived stigma among people living with human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome in Henan Province, China. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 385-388. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.10.019>

Lichtman, J. H., Bigger, J. T., Blumenthal, J. A., Frasure-Smith, N., Kaufmann, P. G., Lespérance, F., ... American Psychiatric Association. (2008). Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation*, 118(17), 1768-1775. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769>

Lima, V. D., Geller, J., Bangsberg, D. R., Patterson, T. L., Daniel, M., Kerr, T., ... Hogg, R. S. (2007). The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART. *AIDS (London, England)*, 21(9), 1175-1183. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32811ebf57>

Lin, E., & Parikh, S. V. (1999). Sociodemographic, clinical, and attitudinal characteristics of the untreated depressed in Ontario. *Journal of Affective Disorders*, 53(2), 153-162.

Lindberg, M. H., Wettergren, L., Wiklander, M., Svedhem-Johansson, V., & Eriksson, L. E. (2014). Psychometric Evaluation of the HIV Stigma Scale in a Swedish Context. *PLoS ONE*, 9(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114867>

Liu, C., Johnson, L., Ostrow, D., Silvestre, A., Visscher, B., & Jacobson, L. P. (2006). Predictors for lower quality of life in the HAART era among HIV-infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 42(4), 470-477. <https://doi.org/10.1097/01.qai.0000225730.79610.61>

Logie, C., & Gadalla, T. M. (2009). Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care*, 21(6), 742-753. <https://doi.org/10.1080/09540120802511877>

Logie, C. H., Jenkinson, J. I. R., Earnshaw, V., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2016). A Structural Equation Model of HIV-Related Stigma, Racial Discrimination, Housing Insecurity and Wellbeing among African and Caribbean Black Women Living with HIV in Ontario, Canada. *PloS One*, 11(9), e0162826. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162826>

Lorenc, A., Ananthavarathan, P., Lorigan, J., Jowata, M., Brook, G., & Banarsee, R. (2014). The prevalence of comorbidities among people living with HIV in Brent: a diverse London Borough. *London Journal of Primary Care*, 6(4), 84-90.

Löwe, B., Spitzer, R. L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., ... Herzog, W. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 78(2), 131-140. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00237-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00237-9)

MacMillan, H. L., Patterson, C. J. S., Wathen, C. N., Feightner, J. W., Bessette, P., Elford, R. W., ... Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2005). Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 172(1), 33-35. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1030823>

Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Ortiz, D., Szekeres, G., & Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS (London, England)*, 22(Suppl 2), S67-S79. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000327438.13291.62>

Maldonado Ruiz, H. F. de M. A. H. (2015). Frecuencia de episodio depresivo mayor y factores relacionados en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en un hospital público de Lima.

Mannheimer, S. B., Matts, J., Telzak, E., Chesney, M., Child, C., Wu, A. W., ... Terry Bein Community Programs for Clinical Research on AIDS. (2005). Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care*, 17(1), 10-22.

Martin, A. J., & Stockler, M. (1998). Quality-of-life assessment in health care research and practice. *Evaluation & the Health Professions*, 21(2), 141-156. <https://doi.org/10.1177/016327879802100202>

Marzolini, C., Back, D., Weber, R., Furrer, H., Cavassini, M., Calmy, A., ... Swiss HIV Cohort Study Members. (2011). Ageing with HIV: medication use and risk for potential drug-drug interactions. *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 66(9), 2107-2111. <https://doi.org/10.1093/jac/dkr248>

Masur, H., Michelis, M. A., Greene, J. B., Onorato, I., Stouwe, R. A., Holzman, R. S., ... Cunningham-Rundles, S. (1981). An outbreak of community-acquired *Pneumocystis carinii* pneumonia: initial manifestation of cellular immune dysfunction. *The New England Journal of Medicine*, 305(24), 1431-1438. <https://doi.org/10.1056/NEJM198112103052402>

McInnis, O. A., McQuaid, R. J., Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2015). Finding benefit in stressful uncertain circumstances: relations to social support and stigma among

women with unexplained illnesses. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, 18(2), 169-177.  
<https://doi.org/10.3109/10253890.2014.1001975>

Mellors, J. W., Rinaldo, C. R., Gupta, P., White, R. M., Todd, J. A., & Kingsley, L. A. (1996). Prognosis in HIV-1 infection predicted by the quantity of virus in plasma. *Science (New York, N.Y.)*, 272(5265), 1167-1170.

Meng, Y.-J., Li, N., Chen, J., Song, Y., & Qian, Z. (2007). [Using the SF-36 to assess the quality of life of people living with HIV in Sichuan]. *Sichuan Da Xue Xue Bao. Yi Xue Ban = Journal of Sichuan University. Medical Science Edition*, 38(3), 471-474.

Meyers, A. R., Gage, H., & Hendricks, A. (2000). Health-related quality of life in neurology. *Archives of Neurology*, 57(8), 1224-1227.

Millikin, C. P., Rourke, S. B., Halman, M. H., & Power, C. (2003). Fatigue in HIV/AIDS is associated with depression and subjective neurocognitive complaints but not neuropsychological functioning. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(2), 201-215. <https://doi.org/10.1076/jcen.25.2.201.13644>

Miranda, A., M, I., García, G., E, M., Fernández, G.-A., L, M., ... Morís de la Tassa, J. (2006). Morbilidad hospitalaria en pacientes con infección por VIH. *Anales de Medicina Interna*, 23(11), 519-524.

Mitchell, A. J., & Coyne, J. C. (2007). Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 57(535), 144-151.

Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*, 374(9690), 609-619. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-)



Mocroft, A., Ledergerber, B., Katlama, C., Kirk, O., Reiss, P., d'Arminio Monforte, A., ... EuroSIDA study group. (2003). Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. *Lancet (London, England)*, 362(9377), 22-29.

Monteiro, S., Villela, W., Fraga, L., Soares, P., & Pinho, A. (2016). The dynamics of the production of AIDS-related stigma among pregnant women living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(12). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00122215>

Morrison, M. F., Petitto, J. M., Ten Have, T., Gettes, D. R., Chiappini, M. S., Weber, A. L., ... Evans, D. L. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *The American Journal of Psychiatry*, 159(5), 789-796. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.789>

Morse, R., Kendell, K., & Barton, S. (2005). Screening for depression in people with cancer: the accuracy of the hospital anxiety and depression scale. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(3-4), 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.cein.2006.08.012>

MSSSI. (2015). Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida.

Murri, R., Ammassari, A., Fantoni, M., Scoppettuolo, G., Cingolani, A., De Luca, A., ... Antinori, A. (1997). Disease-related factors associated with health-related quality of life in people with nonadvanced HIV disease assessed using an Italian version of the MOS-HIV Health Survey. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology: Official Publication of the International Retrovirology Association*, 16(5), 350-356.

Murri, R., Fantoni, M., Del Borgo, C., Visona, R., Barracco, A., Zambelli, A., ... Wu, A. W. (2003). Determinants of health-related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*, 15(4), 581-590. <https://doi.org/10.1080/0954012031000134818>

Nakigozi, G., Atuyambe, L., Kanya, M., Makumbi, F. E., Chang, L. W., Nakyanjo, N., ... Gray, R. (2013). A qualitative study of barriers to enrollment into free HIV care: perspectives of never-in-care HIV-positive patients and providers in Rakai, Uganda. *BioMed Research International*, 2013, 470245. <https://doi.org/10.1155/2013/470245>

Nanni, M. G., Caruso, R., Mitchell, A. J., Meggiolaro, E., & Grassi, L. (2015). Depression in HIV infected patients: a review. *Current Psychiatry Reports*, 17(1), 530. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0530-4>

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2010). *Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Treatment and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society.

National Institute for Clinical Excellence. (2004). Depression: core interventions in the management of depression in primary and secondary care. London (UK): Her Majesty's Stationary Office.

National Institute for Clinical Excellence. (2009). Depression in adults: recognition and management | Guidance and guidelines | NICE.

National Institute for Clinical Excellence. (2010). Guideline on Cancer Services: Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. London (UK): National Institute for Clinical Excellence.

Nattabi, B., Li, J., Thompson, S. C., Orach, C. G., & Earnest, J. (2011). Factors associated with perceived stigma among people living with HIV/AIDS in post-conflict northern Uganda. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 23(3), 193-205. <https://doi.org/10.1521/aeap.2011.23.3.193>

Nease, D. E., & Maloin, J. M. (2003). Depression screening: a practical strategy. *The Journal of Family Practice*, 52(2), 118-124.

Newman, P. A., Williams, C. C., Massaquoi, N., Brown, M., & Logie, C. (2008). HIV prevention for Black women: structural barriers and opportunities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(3), 829-841. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0043>

O'Connor, E. A., Whitlock, E. P., Beil, T. L., & Gaynes, B. N. (2009). Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Annals of Internal Medicine*, 151(11), 793-803. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-11-200912010-00007>

Olley, B. O., Seedat, S., & Stein, D. J. (2006). Persistence of psychiatric disorders in a cohort of HIV/AIDS patients in South Africa: a 6-month follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(4), 479-484. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.03.010>

Omiya, T., Yamazaki, Y., Shimada, M., Ikeda, K., Ishiuchi-Ishitani, S., Tsuno, Y. S., & Ohira, K. (2014). Mental health of patients with human immunodeficiency virus in Japan: a comparative analysis of employed and unemployed patients. *AIDS Care*, 26(11), 1370-1378. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.913765>

Onyebuchi-Iwudibia, O., & Brown, A. (2014). HIV and depression in Eastern Nigeria: the role of HIV-related stigma. *AIDS Care*, 26(5), 653-657. <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.844761>

Ordóñez, G., A. M., Francisco, M., J. J., Nieto Aragón, E., Cereto, M. R., ... Martínez González, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. *Anales de Medicina Interna*, 18(2), 30-35.

Orisatoki, R. O., & Oguntibeju, O. O. (2010). The role of Herbal Medicine use in HIV/AIDS treatment. *Archives of Clinical Microbiology*. Recuperado a partir de <http://www.acmicrob.com/abstract/the-role-of-herbal-medicine-use-in-hiv-aids-treatment-275.html>

Overstreet, N. M., Earnshaw, V. A., Kalichman, S. C., & Quinn, D. M. (2013). Internalized stigma and HIV status disclosure among HIV-positive black men who have sex with men. *AIDS care*, 25(4), 466-471. <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.720362>

Pakenham, K. I., & Rinaldis, M. (2001). The Role of Illness, Resources, Appraisal, and Coping Strategies in Adjustment to HIV/AIDS: The Direct and Buffering Effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(3), 259-279. <https://doi.org/10.1023/A:1010718823753>

Pao, M., Lyon, M., D'Angelo, L. J., Schuman, W. B., Tipnis, T., & Mrazek, D. A. (2000). Psychiatric diagnoses in adolescents seropositive for the human immunodeficiency virus. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(3), 240-244.

Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine (1982)*, 57(1), 13-24.

Park-Wyllie, L. Y., Strike, C. S., Antoniou, T., & Bayoumi, A. M. (2007). Adverse quality of life consequences of antiretroviral medications. *AIDS Care*, 19(2), 252-257. <https://doi.org/10.1080/09540120600774180>

Pence, B. W., O'Donnell, J. K., & Gaynes, B. N. (2012). Falling through the cracks: the gaps between depression prevalence, diagnosis, treatment, and response in HIV care. *AIDS (London, England)*, 26(5), 656-658. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283519aae>

Postigo, L., Miguel, J., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J. M., Mae Wood, C., & Cano Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 37-45. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100007>

Préau, M., Marcellin, F., Carrieri, M. P., Lert, F., Obadia, Y., Spire, B., & VESPA Study Group. (2007). Health-related quality of life in French people living with HIV in 2003: results from the national ANRS-EN12-VESPA Study. *AIDS (London, England)*, 21 Suppl 1, S19-27. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000255081.24105.d7>

Préau, M., Protopopescu, C., Spire, B., Sobel, A., Dellamonica, P., Moatti, J.-P., ... MANIF-2000 Study Group. (2007). Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(2-3), 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.06.012>

Préau, M., Vincent, E., Spire, B., Reliquet, V., Fournier, I., Michelet, C., ... Morin, M. (2005). Health-related quality of life and health locus of control beliefs among HIV-infected treated patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(6), 407-413. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.005>

Protopopescu, C., Marcellin, F., Spire, B., Préau, M., Verdon, R., Peyramond, D., ... Carrieri, M.-P. (2007). Health-related quality of life in HIV-1-infected patients on HAART: a five-years longitudinal analysis accounting for dropout in the APROCO-COPILOTE cohort (ANRS CO-8). *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 16(4), 577-591. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9151-7>

Psaros, C., Haberer, J. E., Boum, Y., Tsai, A. C., Martin, J. N., Hunt, P. W., ... Safren, S. A. (2015). The factor structure and presentation of depression among HIV-positive adults in Uganda. *AIDS and Behavior*, 19(1), 27-33. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0796-x>

Pulerwitz, J., Michaelis, A., Weiss, E., Brown, L., & Mahendra, V. (2010). Reducing HIV-Related Stigma: Lessons Learned from Horizons Research and Programs. *Public Health Reports*, 125(2), 272-281.

Quinn, D. M., & Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(4), 634-651. <https://doi.org/10.1037/a0015815>

Rabkin, J. G. (2008). HIV and depression: 2008 review and update. *Current HIV/AIDS Reports*, 5(4), 163-171. <https://doi.org/10.1007/s11904-008-0025-1>

Radcliffe, S., Neaigus, A., Bernard, M. A., & Shepard, C. (2015). HIV-related stigma in a New York City sample of adults in outpatient care for HIV infection: a short report. *AIDS Care*, 27(9), 1156-1161. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1034647>

Rajasuriar, R., Khoury, G., Kamarulzaman, A., French, M. A., Cameron, P. U., & Lewin, S. R. (2013). Persistent immune activation in chronic HIV infection: do any interventions work? *AIDS (London, England)*, 27(8), 1199-1208. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32835ecb8b>

Rao, D., Feldman, B. J., Fredericksen, R. J., Crane, P. K., Simoni, J. M., Kitahata, M. M., & Crane, H. M. (2012). A structural equation model of HIV-related stigma, depressive symptoms, and medication adherence. *AIDS and Behavior*, 16(3), 711-716. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-9915-0>

Redelmeier, D. A., Tan, S. H., & Booth, G. L. (1998). The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. *The New England Journal of Medicine*, 338(21), 1516-1520. <https://doi.org/10.1056/NEJM199805213382106>

Reinius, M., Wettergren, L., Wiklander, M., Svedhem, V., Ekström, A. M., & Eriksson, L. E. (2017). Development of a 12-item short version of the HIV stigma scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0691-z>

Reis, R. K., Haas, V. J., Santos, C. B. dos, Teles, S. A., Galvão, M. T. G., & Gir, E. (2011). Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19(4), 874-881.

Robberstad, B., & Olsen, J. A. (2010). The health related quality of life of people living with HIV/AIDS in sub-Saharan Africa - a literature review and focus group study. *Cost Effectiveness and Resource Allocation : C/E*, 8, 5. <https://doi.org/10.1186/1478-7547-8-5>

Robbins, J. M., Kirmayer, L. J., Cathébras, P., Yaffe, M. J., & Dworkind, M. (1994). Physician Characteristics and the Recognition of Depression and Anxiety in Primary Care. *Medical Care*, 32(8), 795-812.

Robertson, K. R., Su, Z., Margolis, D. M., Krambrink, A., Havlir, D. V., Evans, S., ... A5170 Study Team. (2010). Neurocognitive effects of treatment interruption in stable HIV-positive patients in an observational cohort. *Neurology*, 74(16), 1260-1266. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181d9ed09>

Rodkjaer, L., Gabel, C., Laursen, T., Slot, M., Leutscher, P., Christensen, N., ... Sodemann, M. (2016). Simple and practical screening approach to identify HIV-infected individuals with depression or at risk of developing depression. *HIV Medicine*, 17(10), 749-757. <https://doi.org/10.1111/hiv.12381>

Rodriguez-Penney, A. T., Iudicello, J. E., Riggs, P. K., Doyle, K., Ellis, R. J., Letendre, S. L., ... HIV Neurobehavioral Research Program HNRP Group. (2013). Co-morbidities in persons

infected with HIV: increased burden with older age and negative effects on health-related quality of life. *AIDS Patient Care and STDs*, 27(1), 5-16. <https://doi.org/10.1089/apc.2012.0329>

Rueda, S., Raboud, J., Mustard, C., Bayoumi, A., Lavis, J. N., & Rourke, S. B. (2011). Employment status is associated with both physical and mental health quality of life in people living with HIV. *AIDS Care*, 23(4), 435-443. <https://doi.org/10.1080/09540121.2010.507952>

Ruiz-Pérez, I., de Labry-Lima, A. O., López-Ruz, M. Á., del Arco-Jiménez, A., Rodríguez-Baño, J., Causse-Prados, M., ... Muñoz, I. (2005). Estado clínico, adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con infección por el VIH tratados con antirretrovirales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 23(10), 581-585. <https://doi.org/10.1157/13081565>

Rumsfeld, J. S., Magid, D. J., Plomondon, M. E., Sales, A. E., Grunwald, G. K., Every, N. R., & Spertus, J. A. (2003). History of depression, angina, and quality of life after acute coronary syndromes. *American Heart Journal*, 145(3), 493-499. <https://doi.org/10.1067/mhj.2003.177>

Ryom, L., Mocroft, A., Kirk, O., Worm, S. W., Kamara, D. A., Reiss, P., ... D:A:D Study Group. (2013). Association between antiretroviral exposure and renal impairment among HIV-positive persons with normal baseline renal function: the D:A:D study. *The Journal of Infectious Diseases*, 207(9), 1359-1369. <https://doi.org/10.1093/infdis/jit043>

Samet, J. H., Horton, N. J., Meli, S., Freedberg, K. A., & Palepu, A. (2004). Alcohol Consumption and Antiretroviral Adherence Among HIV-Infected Persons With Alcohol Problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(4), 572-577. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000122103.74491.78>

Sandelowski, M., Lambe, C., & Barroso, J. (2004). Stigma in HIV-positive women. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 36(2), 122-128.



Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., Ivers, H., & Bergeron, M. G. (1998). Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 349-367. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7103\\_5](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7103_5)

Schaecher, K. (2013). The Importance of Treatment Adherence in HIV. *American Journal of Managed Care*, 19(Addressing Adherence Challenges Associated With Antiretroviral Therapy: Focus on Noninfectious Diarrhea 12 Suppl).

Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 46(2), 105-112. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq089>

Schuster, M. A., Collins, R., Cunningham, W. E., Morton, S. C., Zierler, S., Wong, M., ... Kanouse, D. E. (2005). Perceived discrimination in clinical care in a nationally representative sample of HIV-infected adults receiving health care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(9), 807-813. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.05049.x>

Schuster, R., Bornoalova, M., & Hunt, E. (2012). The influence of depression on the progression of HIV: direct and indirect effects. *Behavior Modification*, 36(2), 123-145. <https://doi.org/10.1177/0145445511425231>

Sciolla, A., Patterson, T. L., Wetherell, J. L., McAdams, L. A., & Jeste, D. V. (2003). Functioning and well-being of middle-aged and older patients with schizophrenia: measurement with the 36-item short-form (SF-36) health survey. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 11(6), 629-637.

Scirè, C. A., Manara, M., Cimmino, M. A., Govoni, M., Salaffi, F., Punzi, L., ... Minisola, G. (2013). Gout impacts on function and health-related quality of life beyond associated risk factors

and medical conditions: results from the KING observational study of the Italian Society for Rheumatology (SIR). *Arthritis Research & Therapy*, 15, R101. <https://doi.org/10.1186/ar4281>

Semple, S. J., Strathdee, S. A., Zians, J., & Patterson, T. L. (2012). Factors associated with experiences of stigma in a sample of HIV-positive, methamphetamine-using men who have sex with men. *Drug and alcohol dependence*, 125(1-2), 154-159. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.04.007>

Serovich, J. M. (2001). A TEST OF TWO HIV DISCLOSURE THEORIES. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*, 13(4), 355-364.

Sharp, P. M., & Hahn, B. H. (2011). Origins of HIV and the AIDS pandemic. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 1(1), 1–22. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006841>

Shenon, P. (1983). A move to evict AIDS physician fought by state. *New York Times*. October 1 22-23.

Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Fleishman, J. A., Vitiello, B., Magruder, K. M., Bing, E. G., ... Shapiro, M. F. (2000). Impact of psychiatric conditions on health-related quality of life in persons with HIV infection. *The American Journal of Psychiatry*, 157(2), 248-254. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.248>

Sherr, L., Clucas, C., Harding, R., Sibley, E., & Catalan, J. (2011). HIV and Depression – a systematic review of interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 16(5), 493-527. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.579990>

Shippy, R. A., Mendez, D., Jones, K., Cerngul, I., & Karpiak, S. E. (2004). S-adenosylmethionine (SAM-e) for the treatment of depression in people living with HIV/AIDS. *BMC Psychiatry*, 4, 38. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-38>

Siegrist, J., Fernández-López, J. A., & Hernández-Mejía, R. (2000). Perspectiva sociológica de la calidad de vida. *Medicina Clínica*, 114(1), 22-24. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(00\)71176-6](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(00)71176-6)

Simbayi, L. C., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N., & Mqeketo, A. (2007). Details for Manuscript Number SSM-D-06-00290R2 «Internalized Stigma, Discrimination, and Depression among Men and Women Living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa». *Social science & medicine* (1982), 64(9), 1823-1831. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.01.006>

Simioni, S., Cavassini, M., Annoni, J.-M., Rimbault Abraham, A., Bourquin, I., Schiffer, V., ... Du Pasquier, R. A. (2010). Cognitive dysfunction in HIV patients despite long-standing suppression of viremia. *AIDS (London, England)*, 24(9), 1243-1250. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283354a7b>

Simoni, J. M., Montoya, H. D., Huang, B., & Goodry, E. (2005). Social support and depressive symptomatology among HIV-positive women: the mediating role of self-esteem and mastery. *Women & Health*, 42(4), 1-15.

Sin, N. L., & DiMatteo, M. R. (2014). Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 47(3), 259-269. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9559-6>

Smith, K. W., Swislow, L., Avis, N. E., & Mayer, K. H. (1997). Use of the MQoL-HIV with asymptomatic HIV-positive patients. *Quality of Life Research*, 6(6), 555-560. <https://doi.org/10.1023/A:1018412216638>

Smith, R., Rossetto, K., & Peterson, B. L. (2008). A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS Care*, 20(10), 1266-1275. <https://doi.org/10.1080/09540120801926977>

- Sobrinho-Vegas, P., Gutiérrez, F., Berenguer, J., Labarga, P., García, F., Alejos-Ferreras, B., ... CoRIS. (2011). [The Cohort of the Spanish HIV Research Network (CoRIS) and its associated biobank; organizational issues, main findings and losses to follow-up]. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica*, 29(9), 645-653. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.06.002>
- Sorsdahl, K. R., Mall, S., Stein, D. J., & Joska, J. A. (2011). The prevalence and predictors of stigma amongst people living with HIV/AIDS in the Western Province. *AIDS Care*, 23(6), 680-685. <https://doi.org/10.1080/09540121.2010.525621>
- Soto Álvarez, J. (2003). Incorporación de estudios de calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos: bases y recomendaciones prácticas: Uso de una lista-guía para su correcto diseño y/o evaluación. *Anales de Medicina Interna*, 20(12), 37-48.
- Springer, S. A., Chen, S., & Altice, F. (2009). Depression and symptomatic response among HIV-infected drug users enrolled in a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy. *AIDS Care*, 21(8), 976-983. <https://doi.org/10.1080/09540120802657555>
- Stafford, L., Berk, M., & Jackson, H. J. (2007). Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9 to screen for depression in patients with coronary artery disease. *General Hospital Psychiatry*, 29(5), 417-424. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.06.005>
- Stewart, A. L., Hays, R. D., & Ware, J. E. (1988). The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26(7), 724-735.
- Sumari-de Boer, I. M., Nellen, J. F. B., Sprangers, M. A. G., Prins, J. M., & Nieuwkerk, P. T. (2012). Personalized Stigma and Disclosure Concerns Among HIV-Infected Immigrant and Indigenous HIV-Infected Persons in the Netherlands. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 11(1), 42-56. <https://doi.org/10.1080/15381501.2012.652541>

Tagliaferri, C. T., & Hampanda, K. (2016). Understanding internalized HIV/AIDS-related stigmas in the Dominican Republic: a short report. *AIDS Care*, 28(3), 319-324. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1095277>

Takada, S., Weiser, S. D., Kumbakumba, E., Muzoora, C., Martin, J. N., Hunt, P. W., ... Tsai, A. C. (2014). The dynamic relationship between social support and HIV-related stigma in rural Uganda. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 48(1), 26-37. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9576-5>

Tegger, M. K., Crane, H. M., Tapia, K. A., Uldall, K. K., Holte, S. E., & Kitahata, M. M. (2008). The effect of mental illness, substance use, and treatment for depression on the initiation of highly active antiretroviral therapy among HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(3), 233-243. <https://doi.org/10.1089/apc.2007.0092>

Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., & Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>

The Henry J. Kaiser Family Foundation. (2012). 2012 Survey Of Americans On HIV/AIDS.

Thombs, B. D., Benedetti, A., Kloda, L. A., Levis, B., Nicolau, I., Cuijpers, P., ... Ziegelstein, R. C. (2014). The diagnostic accuracy of the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for detecting major depression: protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses. *Systematic Reviews*, 3, 124. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-124>

Thombs, B. D., Coyne, J. C., Cuijpers, P., de Jonge, P., Gilbody, S., Ioannidis, J. P. A., ... Ziegelstein, R. C. (2012). Rethinking recommendations for screening for depression in primary

care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 184(4), 413-418. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111035>

Thombs, B. D., de Jonge, P., Coyne, J. C., Whooley, M. A., Frasure-Smith, N., Mitchell, A. J., ... Ziegelstein, R. C. (2008). Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA*, 300(18), 2161-2171. <https://doi.org/10.1001/jama.2008.667>

Tøien, K., Bredal, I. S., Skogstad, L., Myhren, H., & Ekeberg, Ø. (2011). Health related quality of life in trauma patients. Data from a one-year follow up study compared with the general population. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 22. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-22>

Toth, S., A. York, J., & DePinto, N. (2016). HIV stigma: perceptions from HIV-positive and HIV-negative patients in a community dental clinic. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 10(4), 263-269. <https://doi.org/10.15171/joddd.2016.042>

Treisman, G., & Angelino, A. (2007). Interrelation between Psychiatric Disorders and the Prevention and Treatment of HIV Infection. *Clinical Infectious Diseases*, 45(Supplement\_4), S313-S317. <https://doi.org/10.1086/522556>

Tsai, A. C., Weiser, S. D., Steward, W. T., Mukiibi, N. F. B., Kawuma, A., Kembabazi, A., ... Bangsberg, D. R. (2013). Evidence for the reliability and validity of the internalized AIDS-related stigma scale in rural Uganda. *AIDS and Behavior*, 17(1), 427-433. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0281-3>

UNAIDS. (2016). Fact sheet - Latest statistics on the status of the AIDS epidemic |. Recuperado a partir de <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

UNAIDS. (2017). 90–90–90 - AN AMBITIOUS TREATMENT TARGET TO HELP END THE AIDS EPIDEMIC.

Urbach, D. R. (2005). Measuring quality of life after surgery. *Surgical Innovation*, 12(2), 161-165. <https://doi.org/10.1177/155335060501200216>

U.S. Preventive Services Task Force. (2002). Screening for depression: recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 136(10), 760-764.

Uthman, O. A., Magidson, J. F., Safren, S. A., & Nachega, J. B. (2014). Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Current HIV/AIDS reports*, 11(3), 291-307. <https://doi.org/10.1007/s11904-014-0220-1>

Valdiserri, R. O. (2002). HIV/AIDS Stigma: An Impediment to Public Health. *American Journal of Public Health*, 92(3), 341-342. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.3.341>

Variable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C., & Littlewood, R. A. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior*, 10(5), 473-482. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9099-1>

Varmus, H. (1988). Retroviruses. *Science (New York, N.Y.)*, 240(4858), 1427-1435.

Wagner, A. C., Hart, T. A., Mohammed, S., Ivanova, E., Wong, J., & Loutfy, M. R. (2010). Correlates of HIV stigma in HIV-positive women. *Archives of Women's Mental Health*, 13(3), 207-214. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0158-2>

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

WHO. (2014). Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.

Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439-445.

WHOQOL. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

Wig, N., Lekshmi, R., Pal, H., Ahuja, V., Mittal, C. M., & Agarwal, S. K. (2006). The impact of HIV/AIDS on the quality of life: a cross sectional study in north India. *Indian Journal of Medical Sciences*, 60(1), 3-12.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life: A Conceptual Model of Patient Outcomes. *JAMA*, 273(1), 59-65. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520250075037>

Wilson, J., & Jungner, G. (1968). *Principles and practice of screening for disease*. World Health Organization.

Wolfe, F., Michaud, K., Li, T., & Katz, R. S. (2010). EQ-5D and SF-36 quality of life measures in systemic lupus erythematosus: comparisons with rheumatoid arthritis, noninflammatory rheumatic disorders, and fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 37(2), 296-304. <https://doi.org/10.3899/jrheum.090778>



Wolff L, C., Alvarado M, R., & Wolff R, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista chilena de infectología*, 27(1), 65-74. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182010000100011>

Wu, A. W. (2000). Quality-of-Life Assessment in Clinical Research: Application in Diverse Populations. *Medical Care*, 38(9), II130-II135.

Wu, A. W., Rubin, H. R., Mathews, W. C., Ware, J. E., Brysk, L. T., Hardy, W. D., ... Richman, D. D. (1991). A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. Preliminary validation in persons with early HIV infection. *Medical Care*, 29(8), 786-798.

Yi, S., Chhoun, P., Suong, S., Thin, K., Brody, C., & Tuot, S. (2015). AIDS-Related Stigma and Mental Disorders among People Living with HIV: A Cross-Sectional Study in Cambodia. *PLoS ONE*, 10(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121461>

Yun, L. W. H., Maravi, M., Kobayashi, J. S., Barton, P. L., & Davidson, A. J. (2005). Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 38(4), 432-438.

Zafra-Tanaka, J. H., Ticona-Chavez, E., Zafra-Tanaka, J. H., & Ticona-Chavez, E. (2016). Stigma related to HIV/AIDS associated with adherence to antiretroviral therapy in patients of a public hospital in Lima, Peru 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 625-632. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2016.334.2544>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

**ANEXO I****Informe favorable del CEIC para la realización del proyecto****INFORME DEL COMITE ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

Don Antonio Gil Aguado, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario La Paz

**CERTIFICA**

Que este Comité ha evaluado la propuesta de la Dra Carmen Bayón Pérez del Servicio de Psiquiatría del Hospital General del Hospital Universitario "La Paz" para que se realice el estudio titulado "COMPARACIÓN DE DOS MEDIDAS DE SCREENING PARA DETECTAR DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH EN ESPAÑA", código HULP: PI-1445

y considera que teniendo en cuenta la respuesta a las aclaraciones solicitadas:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios de disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Hospital Universitario La Paz por la Dra. Carmen Bayón Pérez del Servicio de Psiquiatría del Hospital General del Hospital Universitario "La Paz" como investigador principal.

Lo que firmo en Madrid a 20 de febrero de 2013

Firmado:  
Don Antonio Gil Aguado





## ANEXO II

## Artículo publicado en relación con el proyecto

AIDS CARE, 2016  
VOL. 28, NO. 7, 834–841  
<http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2016.1144868>



## Toward a comprehensive care of HIV patients: finding a strategy to detect depression in a Spanish HIV cohort

C. Bayón-Pérez<sup>a</sup>, A. Hernando<sup>b,c</sup>, M.J. Álvarez-Comino<sup>d</sup>, S. Cebolla<sup>e</sup>, L. Serrano<sup>f</sup>, F. Gutiérrez<sup>g</sup>, F. Montesinos<sup>d</sup>, M. Lagarde<sup>c</sup>, O. Bisbal<sup>c</sup>, M. Matarraz<sup>c</sup>, R. Rubio<sup>c</sup> and F. Pulido<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Department of Psychiatry, IdiPaz, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain; <sup>b</sup>Department of Medical Specialties, Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón, Spain; <sup>c</sup>HIV Unit, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid, Spain; <sup>d</sup>Department of Psychology, Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón, Spain; <sup>e</sup>Department of Psychiatry, IdiPaz, SSM Tetuán, Madrid, Spain; <sup>f</sup>IdiPaz HIV Unit, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain; <sup>g</sup>Policlinica Valdemoro Plaza, Valdemoro, Spain

### ABSTRACT

Depression is a common but frequently undiagnosed feature in individuals with HIV infection. To find a strategy to detect depression in a non-specialized clinical setting, the overall performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the depression identification questions proposed by the European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines were assessed in a descriptive cross-sectional study of 113 patients with HIV infection. The clinician asked the two screening questions that were proposed under the EACS guidelines and requested patients to complete the HADS. A psychiatrist or psychologist administered semi-structured clinical interviews to yield psychiatric diagnoses of depression (gold standard). A receiver operating characteristic (ROC) analysis for the HADS-Depression (HADS-D) subscale indicated that the best sensitivity and specificity were obtained between the cut-off points of 5 and 8, and the ROC curve for the HADS-Total (HADS-T) indicated that the best cut-off points were between 12 and 14. There were no statistically significant differences in the correlations of the EACS (considering positive responses to one [A] or both questions [B]), the HADS-D  $\geq 8$  or the HADS-T  $\geq 12$  with the gold standard. The study concludes that both approaches (the two EACS questions and the HADS-D subscale) are appropriate depression-screening methods in HIV population. We believe that using the EACS-B and the HADS-D subscale in a two-step approach allows for rapid, assumable and accurate clinical diagnosis in non-psychiatric hospital settings.

### ARTICLE HISTORY

Received 4 June 2015  
Accepted 17 January 2016

### KEYWORDS

HIV infection; screening;  
diagnosis; depression; HADS;  
EACS guidelines

### Introduction

Combination antiretroviral therapy (cART) has transformed HIV infection from a life-threatening condition into a chronic illness. Depression is a common feature of chronic diseases and is highly prevalent in individuals with HIV infection, not only in the first stages but also throughout the progression of the disease (Leserman, 2003; Rabkin, 2008). A wide range of reported prevalence has been found which in the majority of studies ranged from 5% to 20% (Bing et al., 2001; Ciesla & Roberts, 2001; Morrison et al., 2002; Rao et al., 2012; Robertson et al., 2014; Slot et al., 2015).

People living with HIV face a number of life challenges related to the illness experience, disclosure, adherence to treatment, and relationship and sexual health issues (Bravo, Edwards, Rollnick, & Elwyn, 2010) that can influence the presence of depressive symptoms. Furthermore, depression increases HIV-related morbidity and mortality (Leserman, 2008); delays initiating antiretroviral treatment (Tegger et al., 2008); affects treatment

adherence (Gonzalez, Batchelder, Psaros, & Safren, 2011; Starace et al., 2002) and decreases perceived quality of life (Hartzell, Janke, & Weintrob, 2008). However, it is likely that depression continues to be underrecognized and undertreated in patients with HIV infection (Asch et al., 2003).

Regular mood assessment by clinicians in HIV settings may improve the early identification of depression, and timely treatment of depression is critical to overall clinical management in HIV infection. Self-report scales may be feasible options for identifying patients who are at risk of depression, since the use of clinical diagnostic interviews is not possible owing to cost and access limitations.

Among the many self-report rating scales, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) is frequently used to identify depressive symptoms in medical illnesses. This scale is short, can be completed by the patient in the waiting room and is easy to evaluate. In addition, the HADS was developed with items that

**CONTACT** F. Pulido [federico.pulido@salud.madrid.org](mailto:federico.pulido@salud.madrid.org) HIV Unit, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid, Spain  
© 2016 Taylor & Francis

were chosen to reduce contamination with somatic or disease-related symptoms. Generally, the subscale for depression (HADS-Depression, HADS-D) is used to identify cases of depression; however, other authors (Razavi, Delvaux, Farvacques, & Robaye, 1990) have suggested that the HADS-Total (HADS-T) score screens for depression more effectively than the depression subscale in a non-HIV population.

The European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines suggest screening for depressive symptoms every 1–2 year in a number of risk groups (European AIDS Clinical Society, 2014). It is introduced by asking two questions concerning depressed mood and anhedonia. The clinician should ask further questions, following the criteria for DSM-IV diagnoses of major depression, whenever the patient responds “yes” to either of the questions. As the depression identification questions suggested by the EACS might become a commonly used depression-screening tool, assessing the case definition of this interviewer-administered questionnaire seems important. To our knowledge, there are no published studies that evaluate the psychometric properties of the two EACS questions in HIV-infected patients.

HIV clinicians should be confident that the screening instruments available to them identify the greatest number of patients at risk. The aims of this study were: 1. To assess and compare the overall performance of the HADS scale and the EACS two-question test in identifying depressive disorder according to a diagnostic interview by a mental health professional in a cohort of Spanish HIV patients in different stages of the infection; 2. to compare the sensitivity and specificity of various HADS-D and HADS-T cut-off points and the two EACS questions; and 3. to recommend an optimal screening method for HIV-infected patients in a non-specialized clinical setting.

### Patients and methods

This study was a descriptive cross-sectional survey conducted among patients who attended the HIV Unit at the Hospital Universitario 12 de Octubre in Madrid, Spain. Between January and July 2014, 113 patients with HIV infection, who met inclusion criteria, were enrolled: age between 18 and 60, receiving antiretroviral treatment for more than one month or no treatment, not suffering from a disabling illness that would prevent understanding or completing the tools used during the study and giving informed consent. Exclusion criteria included diagnoses of schizophrenia, bipolar disorder, depressive disorder, mental retardation or cognitive impairment, receiving antidepressant treatment and having insufficient understanding of Spanish.

The study was conducted based on the international principles of the Declaration of Helsinki and was approved by the Ethics Committee of the Hospital Universitario 12 de Octubre. Data were collected in a single phase after the patients signed the informed consent. The clinician asked the two screening questions proposed under the EACS guidelines and requested that patients complete the HADS. A psychiatrist and a psychologist, with wide clinical experience and blinded to the screening results, administered a semi-structured clinical interview to yield psychiatric diagnoses, which is considered the gold standard. Sociodemographic and clinical data were collected from medical records.

### Measures

1. EACS guidelines recommend using a two-question screen with a yes/no response format:

- 1 Have you often felt depressed, sad or without hope in the last few months?
- 2 Have you lost interest in activities that you usually enjoy?

Two screening options were explored: Option A (EACS-A) considered a possible diagnosis if the patient responded “yes” to either question, and Option B (EACS-B) was based on “yes” response to both questions.

2. *HADS*. This self-report questionnaire consists of 14 items, seven for anxiety (HADS-A) and seven for depression (HADS-D). Each item is rated on a 4-point Likert scale, with a range of possible scores of 0–21 for depression or anxiety and a total range of possible scores of 0–42. A score  $\geq 11$  is considered a clinically significant disorder, whereas a score between 8 and 10 suggests a mild disorder. Both subscales can be combined to produce a total score (HADS-T) that can be used to screen for general psychological distress (Zigmond & Snaith, 1983). A number of studies suggest that a cut-off score  $\geq 8$  on the HADS-D demonstrates optimal sensitivity and specificity (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002; Löwe et al., 2004; Stafford, Berk & Jackson, 2007). The reliability, validity and factor structure of the HADS have been established in a variety of clinical populations and in the Spanish language (Johnston, Pollard, & Hennessey, 2000; Mykletun, Stordal, & Dahl, 2001; Terol, López-Roig, Rodríguez-Marín, Martín Aragón & Pastor, 2007).

3. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A semi-structured clinician-administered interview with documented reliability and validity was used to explore the main psychiatric disorders according to the



DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) and the International Classification of Diseases (ICD-10) (World Health Organization, 1992). Diagnoses are established during the interview, responses are dichotomous and the presence of the most common disorders is assessed; in addition, symptom severity is confirmed (Ferrando, Bobes, Gibert, Soto, & Soto, 2000; Sheehan et al., 1998). Major Depressive Disorder (MDD) and Dysthymia Disorder modules were used in our study.

### Statistical analysis

The qualitative variables are described as absolute frequencies (N) and percentages. Continuous variables are described as means and standard deviations, medians and 25th and 75th percentiles.

Possible associations between depressive symptoms and sociodemographic and clinical variables were studied using bivariate techniques, applying the relevant tests to the type of variable and its distribution (Chi-square, Fisher's exact test, Student's *t* test or Mann-Whitney test, as appropriate).

Bivariate and multivariate logistic regression analyses were implemented to determine the predictors of depressive symptoms as determined with the MINI interview. In the bivariate analysis, all of the study's variables were examined. In the multivariate analysis, the variables showing a *p* value < .1 or identified by investigators as those with greater clinical relevance were included as independent variables: age, sex, marital status, cohabitation, occupation outside the home, time since HIV diagnosis, detectable viral load, route of infection, lipodystrophy, efavirenz treatment, personal and family psychiatric history, consumption of alcohol and other substances. The adjusted odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95% CI) were calculated.

Sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV), positive and negative OR, test accuracy and the Youden index (YI) were determined for each established screening method and cut-off point. The homogeneity of the tests was assessed using the Kappa index.

The screening ability of the EACS-A, EACS-B, the HADS-T and the HADS-D scores was assessed using receiver operating characteristic (ROC) curves. The area under the ROC curve (AUC) reflects overall performance, with a greater AUC indicating better performance. Different areas under the curves for each of the screening methods were compared as proposed by Hanley and McNeil. The cut-off points that indicated better sensitivity and specificity of the HADS-T and the HADS-D subscale were defined from the ROC curves.

Power calculations prior to study design calculated a sample size of at least 110 patients would provide a two-sided 95% CI with a half-width of 7.5% based on an estimated prevalence of depression of 20%.

A confidence level of 95% was considered for all statistical analyses. The program SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 21.0 was used.

### Results

Table 1 reports patient demographic and psychological characteristics. Of the 113 patients included in the study, 91 (80.5%) were men and the median age was 48 years (interquartile range [IQR] 42–52). Table 2 shows patient clinical characteristics.

The prevalence of undetected and undiagnosed depression as determined by a clinical interview was 21.2% (CI 95%: 13.3–29.2%). A total of 18 patients were diagnosed with MDD, 13 with relapsing MDD, 11 with MDD with melancholic symptoms and 4 with dysthymic disorder. No statistically significant

**Table 1.** Sociodemographic characteristics and variables related to psychological state.

Sociodemographic characteristics		N	%
Marital status	Single	51	45.1
	Married/stable relationship	42	37.2
	Separated/divorced	12	10.6
	Widowed	8	7.1
	Bisexual	5	4.4
Sexual identity	Heterosexual	73	64.6
	Homosexual	35	31
Cohabitation status	Living with a partner	87	77
	Living alone	26	23
Years of cohabitation	1–3	21	21.9
	4–10	23	24
	11–20	23	24
	>20	29	30.2
Education level	Never been to school	2	1.8
	Primary	53	46.9
	Secondary	30	26.5
	University degree	28	24.8
Work status	Unemployed	52	46
	Employed (student/other jobs)	61	54
Residence	Urban	105	92.9
	Rural	8	7.1
Variables related to psychological state		N	%
Psychiatric history	Yes	37	32.7
	No	76	67.3
Family history of psychiatric disorders	Yes	21	18.6
	No	92	81.4
Current psychopharmacological treatment	Yes	15	13.3
	No	98	86.7
Alcohol abuse	No	68	60.2
	Current alcohol abuse	15	13.3
	Lifetime alcohol abuse	30	26.5
Substance use	No	62	54.9
	Any current substance use	17	15.0
	Any lifetime substance use	34	30.1

**Table 2.** Clinical characteristics of the patients.

Clinical characteristics		N	%
Time since HIV diagnosis	One year or more	102	92.7
CDC Stage	A	56	50.5
	B	32	28.8
	C	23	20.7
Detectable viral load (>50 copies/mL)	Yes	22	21.2
Route of HIV transmission	Homosexual	39	35.8
	Heterosexual	38	34.9
	Injecting drug users (UDI)	31	28.4
	Mother-to-child transmission	1	0.9
Lipodystrophy	Yes	11	10.3
Patients receiving treatment	Integrase inhibitors	96	85.0
	Protease inhibitors	15	15.6
	Non-nucleoside analogues	44	45.8
	Nucleoside analogues	47	49.0
Efavirenz		84	87.5
		43	38.1
Opportunistic infection		33	32.4
Hospitalization (number of episodes)	0	48	47.1
	1–2	38	37.3
	>3	16	15.7
Lymphocyte CD4 count (cells/ $\mu$ L)	Mean	Standard deviation	Median
	617	245	584

differences between the patients with and without depression were observed in any of the clinical or sociodemographic variables (Table 3). Multiple logistic regression analyses revealed no associations between the selected sociodemographic and clinical variables and depression, except for high school completion (data not shown).

#### Screening depression and optimal cut-off scores in HIV-positive patients

The ROC curve for the HADS-D subscale revealed that the best sensitivity and specificity were obtained between the cut-off points 5 and 8, whereas for the ROC curve for the HADS-T, the best cut-off points were between 12 and 14.

Table 4 reports the sensitivity, specificity, PPV, NPV, OR (LR+ and LR–), validity index (VI) or test reliability and the YI obtained for the EACS-A and EACS-B and for a range of HADS-D and HADS-T cut-off scores. HADS-D scores of 6 or higher are associated with a sensitivity and specificity of 0.83. A score of 7 or higher is associated with less sensitivity (0.75) and higher specificity (0.9). A cut-off point  $\geq 8$  yielded a sensitivity of 0.63 and higher specificity (0.94) and a better VI than those of the previous two points (0.88), increasing the PPV. With respect to the HADS-T, the best cut-off

**Table 3.** Differences in patient characteristics according to the state of depression (depression diagnosis by MINI interview); *p*\*: *p*-value obtained in contrast test (Chi-square or Fisher's exact test).

Sociodemographic and clinical characteristics of patients in the sample		Depression (MINI)				p*
		No		Yes		
		N	%	N	%	
Gender	Male	73	82.0	18	75.0	.561
	Female	16	18.0	6	25.0	
Marital status	Single	39	43.8	12	50.0	.292
	Married/stable relationship	35	39.3	7	29.2	
	Separated/divorced	8	9.0	4	16.7	
	Widowed	7	7.9	1	4.2	
Cohabitation status	Living with a partner	69	77.5	18	75.0	.552
	Living alone	20	22.5	6	25.0	
Work status	Unemployed	42	47.2	10	41.7	.789
	Employed (student/other jobs)	47	52.8	14	58.3	
Route of HIV transmission	Homosexual	28	32.6	11	47.8	.110
	Heterosexual	32	37.2	6	26.1	
	Injecting drug users (UDI)	26	30.2	5	21.7	
	Mother-to-child transmission	0	0	1	4.3	
Detectable viral load (>50 copies/mL)	No	65	79.3	17	77.3	.778
	Yes	17	20.7	5	22.7	
Time since HIV diagnosis	One year or more	79	91.9	23	95.8	.683
	Less than a year	7	8.1	1	4.2	
Efavirenz treatment	No	55	61.8	15	62.5	1.000
	Yes	34	38.2	9	37.5	
Lipodystrophy	Yes	9	10.6	2	9.1	1.000
	No	76	89.4	20	90.9	
Family history of psychiatric disorders	No	74	83.1	18	75.0	.382
	Yes	15	16.9	6	25.0	
Psychiatric history	No	63	70.8	13	54.2	.145
	Yes	26	29.2	11	45.8	
Alcohol abuse	No	54	60.7	14	58.3	.857
	Current alcohol abuse	11	12.4	4	16.7	
	Lifetime alcohol abuse	24	27.0	6	25.0	
Substance abuse	No	50	56.2	12	50.0	.081
	Any current substance abuse	10	11.2	7	29.2	
	Any lifetime substance abuse	29	32.6	5	20.8	

point appears to be 13, with a sensitivity of 0.96 and specificity of 0.82.

In the homogeneity analysis of the tests, the Kappa index of each of the depression-screening methods was calculated based on the gold standard test (the MINI). Initially, the *K* indices of all analyzed tests were simultaneously compared, yielding a value of *p* = .002. Therefore, there are statistically significant differences between the evaluated *K* indices based on the HADS-D  $\geq 11$  criterion, with a *K* = 0.16 (CI 95%; –0.04 to 0.36), indicating very poor consistency. Then, the *K* indices for the remaining four tests were compared, obtaining a value of *p* = .609. Therefore, there are no statistically significant differences in the correlations of the EACS-A, EACS-B,

**Table 4.** Statistical measures of each test's performance and the combination of screening methods.

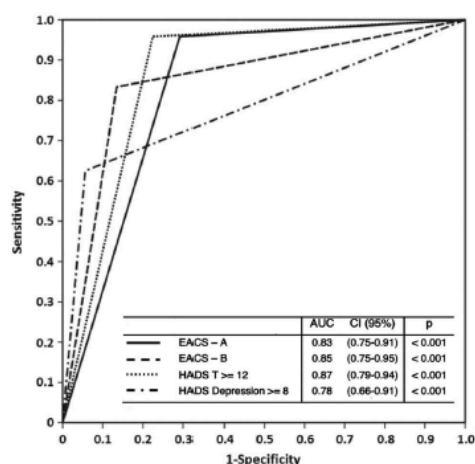
	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	LR+	LN-	VI	J
EACS (A)	0.96	0.71	0.47	0.98	3.28	0.06	0.76	0.67
EACS (B)	0.83	0.87	0.63	0.95	6.18	0.19	0.86	0.70
HADS-D $\geq 6$	0.83	0.83	0.57	0.95	4.94	0.20	0.83	0.66
HADS-D $\geq 7$	0.75	0.90	0.67	0.93	7.42	0.28	0.87	0.65
HADS-D $\geq 8$	0.63	0.94	0.75	0.90	11.13	0.40	0.88	0.57
HADS-D $\geq 11$	0.17	0.96	0.50	0.81	3.71	0.87	0.79	0.12
HADS-T $\geq 12$	0.96	0.78	0.53	0.99	4.26	0.05	0.81	0.73
HADS-T $\geq 13$	0.96	0.82	0.59	0.99	5.33	0.05	0.85	0.78
HADS-T $\geq 14$	0.92	0.84	0.61	0.97	5.83	0.10	0.86	0.76
EACS (A) y HADS-D $\geq 8$	0.63	0.96	0.79	0.90	13.91	0.39	0.88	0.58
EACS (B) y HADS-D $\geq 8$	0.63	0.96	0.79	0.90	13.91	0.39	0.88	0.58

HADS-D: HADS-Depression subscale; HADS-T: HADS Distress (total score); PPV: Positive predictive value; NPV: Negative predictive value; LR+: likelihood ratio of positive test; LR-: likelihood ratio of negative test; VI: Validity Index; J: Youden index.

HADS-D  $\geq 8$  and HADS-T  $\geq 12$  tests with the gold standard; the highest *K* indices correspond to the EACS-B (0.62, CI 95%; 0.46–0.79) and the HADS-D  $\geq 8$  (0.62, CI 95%; 0.42–0.79) and the lowest *K* index to EACS-A (0.48, CI 95%; 0.33–0.63).

Figure 1 depicts the ROC curves of the four screening methods that were used to identify cases of depression. When the four curves were compared, no statistically significant differences were found ( $p = .158$ ). The largest area under the curve corresponds to the HADS-T  $\geq 12$  and the smallest to the HADS-D  $\geq 8$ .

A number of combined strategies were analyzed with the aim of assessing the best screening choice for referrals to psychiatric service. Table 3 shows the values of the HADS-D when completed only by those patients who gave affirmative responses to one or both EACS questions.



**Figure 1.** ROC curves for the four screening methods ( $p = .158$  for the comparison of the four curves).

## Discussion

Depression in HIV settings can be difficult to diagnose, particularly because patients with depression may present with somatic complaints that mimic physical disease; because many physicians are not trained in a biopsychosocial perspective of health; because some patients do not dare express or tend to conceal their emotional distress or do not to consider it to be important; and because the time for consultations is limited. The main objective of our study was to provide HIV clinicians with a tool to screen for depression in a first-step approach to permit the referral of patients to mental health services for clinical evaluation to establish a final diagnosis and adequate treatment. In these settings, self-rating scales such as the HADS and the two EACS questions may be useful screening tests for depression.

The prevalence of undiagnosed depressive disorder in our population according to DSM-IV criteria was 21.2%, which is lower than the prevalence data found in other studies (Asch et al., 2003). Lima's study found that depressive symptoms were associated with high school completion, a history of injection drug abuse and gender (women) (Lima et al., 2007). Although these variables were considered in our logistic regression model, among others, we only observed an association between high school completion and depression, likely because our sample was more homogenous.

In our analysis of the areas under the ROC curves, we obtained very similar AUC data for each screening method, and the values were in the range characterized as representing good overall accuracy. According to the data reported in the meta-analysis of Bjelland, the HADS has an excellent ability to detect cases among unselected patients in primary care, with an AUC ranging from 0.84 to 0.96 (Sheehan et al., 1998). This finding is similar to our data, which showed an AUC of 0.89 for the HADS-D ( $\geq 8$ ) and 0.92 for the HADS-T. The cut-off score of  $\geq 8$  on the HADS-D, which is most frequently



recommended, had a slightly higher value than that for the EACS-B, reflecting its excellent performance. The Kappa value was still moderate (0.609), which indicates that the scales are comparable but do not completely identify the same patients.

Determining the optimal cut-off score of a screening method is complex. The factors that should be considered include the goal of the screening, the clinical or research purposes, the prevalence of the psychopathology and the consequences of an inaccurate classification (Fombonne, 1991). We believe that the screening method offered to clinicians in HIV populations must allow them to detect the greatest number of potentially depressed patients, even at the risk of false-positives. When screening for depression, it appears to be important to minimize the number of missed cases while obtaining good specificity. Cooperation with mental health professionals may improve accurate detection and thereby improve patient care.

We found that one of the questions suggested by the EACS (depressed mood and anhedonia) was highly sensitive (0.96) but moderately specific (0.71). Answering yes to both items (EACS-B) reduces the sensitivity but improves the specificity and the VI. Previous research has demonstrated that one or two questions regarding depressed mood and anhedonia are quite sensitive as a screening procedure. Williams (Williams et al., 1999) recommended a single question for clinicians who wish to identify depression in their practice populations, with 85% sensitivity and 66% specificity. Whooley found that the two-question instrument was 96% sensitive and had a specificity of 57% (Whooley, Avins, Miranda, & Browner, 1997).

Given the potential differences in clinical and demographic characteristics between the samples in which the HADS has been used, we tested different cut-off scores to validate the use of the HADS-D and the HADS-T specifically for HIV patients. We also focused on the performance of the HADS-T because this is one of the most widely used forms of the HADS in clinical practice (Gibbons et al., 2011; Mitchell, Meader, & Symonds, 2010). For the HADS-T, increasing the cut-off score improves specificity but reduces sensitivity, which leads to more missed cases. We therefore considered a cut-off score of 13 or higher to be optimal. We also tested the HADS-D, under the assumption that a briefer screening tool would impose fewer burdens on patients. The HADS-D performed well in identifying cases of depression in this population considering a cut-off score of  $\geq 8$  as optimal.

The results found in our study regarding the sensitivity and specificity of the HADS-D cut-off scores differ from those found in Savard's study, in which a cut-off

score of  $\geq 7$  on the HADS-D was associated with a sensitivity of 90.9% and a specificity of 85.1% and a cut-off score of  $\geq 17$  on the HADS-T was associated with a sensitivity of 90.9% and a specificity of 83% (Savard, Laberge, Gauthier, Ivers, & Bergeron, 1998). These differences could be explained based on the perceptions of HIV at the time when the research was conducted. When their study was conducted, disease sufferers were ostracized, harassed and judged, and HIV was considered a mortal disease.

Based on our results, we suggest the use of both screening instruments, HADS-D and EACS two questions, as a two-stage procedure. The two screening questions proposed by the EACS guidelines can be asked by the clinician during the clinical interview without increasing the time required, and the questions exhibited high sensitivity for identifying HIV patients who are at risk of depression. Administering the HADS-D to patients who answer yes to both questions improves the specificity and PPV.

Our study has several limitations. First, it is uncertain whether our findings can be generalized to other HIV populations. Our population was composed mainly with men (80%), with patients diagnosed more than a year before the evaluation in the study (92%) and mostly living in an urban environment (92%). However, comparing two different screening methods and using a clinical structured interview as a gold standard is one of the strengths of this study and improves earlier works. Second, the study does not evaluate outcomes of diagnosed patients. Some authors suggest that screening for depression is potentially useful only to the extent that it improves patient outcomes beyond those of standard care. (Thombs et al., 2012). The impact on detection and management of routinely administered case finding/screening questionnaires for depression remains controversial, but this strategy is recommended by the experts of the EACS (European AIDS Clinical Society, 2014). And third, we do not quantify the cost associated with the intervention. Nevertheless, the proposed two-step strategy is simple enough to be implemented in the HIV clinics without a significant increase in the time of routine care. Patients identified as possibly having depression need further assessment and, if appropriate, should be offered treatment. This usually implies a coordinated effort with the mental health services (Edwards et al., 2014).

## Conclusions

We can conclude that the two EACS questions and the HADS-D subscale are appropriate depression-screening methods in HIV populations. Given the specificity and

sensitivity of each scale, we believe that using both, the EACS-B and the HADS-D subscale, in a two-step approach allows for rapid and highly accurate clinical diagnosis in non-psychiatric hospital settings and avoids burdening specialized settings.

### Disclosure statement


No potential conflict of interest was reported by the authors.


### Funding

This work was supported by a grant from the Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i + 12). O.B. is supported from the Spanish Network for AIDS Research RETICS, RD12/0017. R.R. and F.P. are investigators from the Intensification of Research Activity Program of the Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i + 12).

### ORCID

C. Bayón-Pérez  <http://orcid.org/0000-0003-0567-3522>

A. Hernando  <http://orcid.org/0000-0002-1901-1119>

F. Pulido  <http://orcid.org/0000-0002-7414-8812>

### References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th edn). Washington, DC: Author.
- Asch, S. M., Kilbourne, A. M., Gifford, A. L., Burnam, M. A., Turner, B., Shapiro, M. F., & Bozzette, S. A. (2003). Underdiagnosis of depression in HIV: Who are we missing? *Journal of General Internal Medicine*, 18(6), 450–460.
- Bing, E. G., Burnam, M., Longshore, D., Fleishman, J., Sherbourne, C. D., London, S., ... Shapiro, M. (2001). Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58(8), 721–728.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69–77.
- Bravo, P., Edwards, A., Rollnick, S., & Elwyn, G. (2010). Tough decisions faced by people living with HIV: A literature review of psychosocial problems. *AIDS Reviews*, 12(2), 76–88.
- Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 725–730.
- Edwards, M., Quinlivan, E. B., Bess, K., Gaynes, B. N., Heine, A., Zinski, A., ... Pence, B. W. (2014). Implementation of PHQ-9 depression screening for HIV-infected patients in a real-world setting. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25(3), 243–252.
- European AIDS Clinical Society. (2014). EACS Guidelines. Version 7.1. November 2014. Retrieved from [http://www.eacsociety.org/files/guidelines\\_english\\_71\\_141204.pdf](http://www.eacsociety.org/files/guidelines_english_71_141204.pdf).
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). MINI. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en Español 5.0.0. DSM-IV. Traducida por L. Franco-Alfonso, L. Franco. Retrieved from [http://entomologia.rediris.es/pub/bscw.cgi/d602335/MINI/Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.pdf](http://entomologia.rediris.es/pub/bscw.cgi/d602335/MINI/Entrevista%20Neuropsiqui%C3%A1trica%20Internacional.pdf)
- Fombonne, E. (1991). The use of questionnaires in child psychiatry research: Measuring their performance and choosing an optimal cut-off. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 32(4), 677–693.
- Gibbons, C. J., Mills, R. J., Thornton, E. W., Ealing, J., Mitchell, J. D., Shaw, P. J., & Young, C. A. (2011). RASCH analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for use in motor neurone disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 82. doi:10.1186/1477-7525-9-82
- Gonzalez, J. S., Batchelder, A. W., Psaros, C., & Safren, S. A. (2011). Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: A review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 58(2), 181–187.
- Hartzell, J. D., Janke, I. E., & Weintrob, A. C. (2008). Impact of depression on HIV outcomes in the HAART era. *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 62(2), 246–255.
- Johnston, M., Pollard, B., & Hennessey, P. (2000). Construct validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale with clinical populations. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 579–584.
- Leserman, J. (2003). HIV disease progression: Depression, stress, and possible mechanisms. *Biological Psychiatry*, 54(3), 295–306.
- Leserman, J. (2008). Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), 539–545.
- Lima, V. D., Geller, J., Bangsberg, D. R., Patterson, T. L., Daniel, M., Kerr, T., ... Hogg, R. S. (2007). The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART. *AIDS (London, England)*, 21(9), 1175–1183.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., ... Herzog, W. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 78(2), 131–140.
- Mitchell, A. J., Meader, N., & Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 126(3), 335–348.
- Morrison, M. F., Petitto, J. M., Ten Have, T., Gettes, D. R., Chiappini, M. S., Weber, A. L., ... Evans, D. L. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *The American Journal of Psychiatry*, 159(5), 789–796.
- Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A. A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: Factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 179, 540–544.
- Rabkin, J. G. (2008). HIV and depression: 2008 review and update. *Current HIV/AIDS Reports*, 5(4), 163–171.
- Rao, D., Feldman, B. J., Fredericksen, R. J., Crane, P. K., Simoni, J. M., Kitahata, M. M., & Crane, H. M. (2012). A structural equation model of HIV-related stigma, depressive symptoms, and medication adherence. *AIDS Behavior*, 16(3), 711–716.

- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 156, 79–83.
- Robertson, K., Bayon, C., Molina, J. M., McNamara, P., Resch, C., Muñoz-Moreno, J. A., ... van Wyk, J. (2014). Screening for neurocognitive impairment, depression and anxiety in HIV-infected patients in Western Europe and Canada. *AIDS Care*, 26(12), 1555–1561.
- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., Ivers, H., & Bergeron, M. G. (1998). Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 349–367.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 2), 22–33. quiz 34–57.
- Slot, M., Sodemann, M., Gabel, C., Holmskov, J., Laursen, T., & Rodkjaer, L. (2015). Factors associated with risk of depression and relevant predictors of screening for depression in clinical practice: A cross-sectional study among HIV-infected individuals in Denmark. *HIV Medicine*, 16(7), 393–402.
- Stafford, L., Berk, M., & Jackson, H. J. (2007). Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9 to screen for depression in patients with coronary artery disease. *General Hospital Psychiatry*, 29(5), 417–424.
- Starace, F., Ammassari, A., Trotta, M. P., Murri, R., De Longis, P., Izzo, C., ... Antinori, A. (2002). Depression is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (JAIDS)*, 31(Suppl 3), S136–S139.
- Tegger, M. K., Crane, H. M., Tapia, K. A., Uldall, K. K., Holte, S. E., & Kitahata, M. M. (2008). The effect of mental illness, substance use, and treatment for depression on the initiation of highly active antiretroviral therapy among HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(3), 233–243.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín Aragón, M., & Pastor, M. (2007). Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en población española. [Psychometric properties of the HAD in the Spanish population]. *Ansiedad y Estrés*, 13, 163–176.
- Thombs, B. D., Coyne, J. C., Cuijpers, P., de Jonge, P., Gilbody, S., Ioannidis, J. P., ... Ziegelstein, R. C. (2012). Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 184(4), 413–418.
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439–445.
- Williams, J. W., Mulrow, C. D., Kroenke, K., Dhanda, R., Badgett, R. G., Omori, D., & Lee, S. (1999). Case-finding for depression in primary care: A randomized trial. *The American Journal of Medicine*, 106(1), 36–43.
- World Health Organization. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10)*. Geneva: Author.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.



## **ANEXO III**

### **Consentimiento informado**

#### **HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE**

Estudio: **“COMPARACIÓN DE DOS MEDIDAS DE SCREENING PARA DETECTAR DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH EN ESPAÑA”.**

Investigadores:

**Flavio Gutiérrez.**

**Federico Pulido.**

**Rafael Rubio.**

**María Asunción Hernando.**

**Mariano Matarranz.**

**María Lagarde.**

**Angel Portillo.**

**María José Álvarez Comino.**

#### **OBJETIVOS Y FINALIDAD DEL ESTUDIO**

Se le ha diagnosticado infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1); puede que reciba medicación contra el VIH o que no la reciba. Su médico le ha pedido que participe en un estudio en el que habrá aproximadamente 250 pacientes diagnosticados de infección por el VIH-1 en varios hospitales de la Comunidad de Madrid.

Antes de tomar la decisión de participar en este estudio, debe saber lo que se espera de usted durante el mismo. Lea atentamente esta hoja de información para el paciente y haga a su médico todas las preguntas que desee. Tómese todo el tiempo que necesite para decidir si desea participar en el estudio.

En este estudio utilizaremos varios cuestionarios en papel para evaluar si los pacientes infectados por el VIH, como usted, presentan síntomas de depresión y/o ansiedad. Además responderá a otro cuestionario a fin de evaluar su calidad de vida actual y la percepción de estigma.

La depresión es un trastorno de la salud mental que se caracteriza por sentimientos negativos, estado de ánimo general bajo o problemas para comer y dormir con normalidad. La ansiedad también es un problema de salud mental, que puede ser general o adoptar la forma de miedo ante situaciones concretas, o de crisis de angustia en los casos más graves.

La información que conseguiremos en este estudio se utilizará para informar en los informes del estudio o en presentaciones científicas a los profesionales sanitarios, como su médico o personal de enfermería, sobre la necesidad de evaluar sistemáticamente a los pacientes VIH+ para detectar la presencia de depresión así como para obtener datos sobre la utilidad de los instrumentos de detección específicos que se utilizarán en el estudio.

Los documentos e información que de usted pudieran recogerse durante la realización de la investigación se manejarán de forma estrictamente confidencial salvo en excepciones por requerimiento legal y serán, en cualquier caso, tratados de forma anónima. Después de que esta investigación haya finalizado, es posible que la información relativa a su salud pueda utilizarse para investigaciones futuras.

Esta investigación no influye en el tratamiento de su enfermedad. No se le realizarán pruebas extras ni recibirá otro tratamiento distinto al tratamiento que su médico tenía la intención de administrarle. Su participación es por supuesto voluntaria. Usted tiene derecho a no participar en esta investigación y si participa, tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier

momento. En ninguno de los dos casos su decisión le supondrá perjuicio alguno, sin penalización ni pérdida de los beneficios a los que tenga derecho.

Si desea participar, guarde esta hoja de información por si necesita leerla en el futuro. Además, deberá firmar y fechar el consentimiento informado adjunto cuando se hayan respondido todas sus preguntas y haya decidido tomar parte en el estudio.

## PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si acepta participar en el estudio y dar su consentimiento por escrito, sólo acudirá a una visita. Esta visita coincidirá con una de las que normalmente hace a su consulta u hospital, pero, como tendrá que cumplimentar varios cuestionarios (para determinar si presenta ansiedad y depresión, evaluar calidad de vida en el momento actual y la percepción de estigma que usted tiene), esta visita puede durar más que sus visitas habituales de seguimiento. Calculamos que responder a los cuestionarios le llevará aproximadamente 20 minutos, por lo que la visita de seguimiento habitual durará unos 20 a 30 minutos más.

Si cree que puede tener problemas para comprender las preguntas de los cuestionarios, por ejemplo, si tiene dificultades para leer o para comprender los textos, deberá advertírselo al médico o al personal de enfermería del estudio para que puedan ayudarle. También es importante que responda a las preguntas planteadas lo más sinceramente posible.

En total, la duración prevista del estudio es de 6 meses a partir del reclutamiento del primer paciente. Durante este tiempo pretendemos recopilar información de 250 pacientes de cuatro hospitales de la Comunidad de Madrid.

## DATOS QUE SE RECOGERAN DE USTED

El médico recogerá algunos datos de su historia clínica y puede que también le haga algunas preguntas sobre la misma. Estas preguntas estarán relacionadas con sus datos demográficos (como su edad, raza o nacionalidad); sus datos socioculturales (por ejemplo, si está soltero, con pareja o casado; si tiene hijos; dónde vive actualmente; información sobre su ocupación actual y los trabajos que haya podido tener en el último año); datos relacionados con la infección por el VIH-1 (si ha revelado su infección por el virus y a quién, familiares y/o amigos; si conoce cómo se infectó, y otros datos relacionados con la analítica clínica como la carga viral o el recuento de linfocitos CD4); otros datos importantes de su historia clínica (si padece alguna otra enfermedad crónica como diabetes o hipertensión; si está coinfectado por el virus de la hepatitis B o C; si fuma actualmente o ha fumado; o el consumo de alcohol); también puede preguntarle por su tratamiento antirretroviral actual o anterior, así como por otros tratamientos que usted tome de forma crónica; por último, puede que le pregunte si ha consumido alguna sustancia ilegal en los últimos 12 meses.

Asimismo, se obtendrán datos de los resultados de los análisis de sangre que se haya hecho en la visita anterior si en esta visita no le correspondiera realizarse otra analítica de sangre. En este estudio no se harán más análisis de sangre ni otras exploraciones médicas que las que su médico o el personal de enfermería le hacen normalmente en una visita habitual.

No se derivará ningún beneficio directo por su participación en el estudio. Sin embargo, su situación clínica y psicológica va a ser supervisada estrechamente, para mejor control de su enfermedad. Además los resultados del estudio podrían ayudar a un mejor conocimiento de los factores implicados en la aparición de ansiedad o depresión en pacientes con su enfermedad.

Toda la información relacionada con el estudio es estrictamente confidencial. En cualquier momento del estudio usted podrá acceder, rectificar, cancelar u oponerse a la inclusión de sus datos personales (derechos ARCO –acceso, rectificación, cancelación y oposición-, a través de los cuales la LOPD 15/99 garantiza a las personas el poder de control sobre sus datos personales). Todos los datos estarán identificados únicamente por el número de paciente y por las iniciales. Un registro confidencial conteniendo información sobre la identidad de los pacientes individuales quedará archivado en una zona segura, por si en un futuro se precisase para un seguimiento. Representantes del Comité de Ética de los Hospitales y de las

autoridades sanitarias españolas tendrán acceso a sus registros médicos con el fin de controlar la realización del estudio.

Sin embargo, tanto en los informes del estudio como en la publicación en revistas biomédicas o en la presentación en Congresos o Reuniones Científicas de los resultados de la investigación, se mantendrá una estricta confidencialidad sobre la identidad de los pacientes (LOPD 15/99).

Para cualquier aclaración o información adicional, podrá ponerse en contacto con cualquiera de los miembros del equipo de investigación de Lunes a Viernes de 9 a 14 horas en el teléfono 917792218.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE**

INVESTIGADOR/A PRINCIPAL:

Estudio: **“COMPARACIÓN DE DOS MEDIDAS DE SCREENING PARA DETECTAR DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH EN ESPAÑA”**

Yo, (nombre y apellidos).....

- ☐ He leído la hoja de información que se me ha entregado
- ☐ He podido hacer preguntas sobre el estudio
- ☐ He recibido suficiente información sobre el estudio
- ☐ He hablado con el Dr.....
- ☐ Comprendo que mi participación es voluntaria.
- ☐ Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  - ☐ Cuando quiera
  - ☐ Sin tener que dar una razón
  - ☐ Sin que ello repercuta en mi asistencia médica

Por la presente otorgo libremente mi consentimiento para participar en el estudio, doy mi autorización para el uso de mis datos personales relacionados con mi enfermedad y acepto cumplimentar los cuestionarios y pruebas relacionadas con el estudio.

**Firma del participante**

**Fecha**

**Firma del investigador**

**Fecha**



## ANEXO IV

### Cuaderno de recogida de datos

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ☐ Diagnóstico de: esquizofrenia y/o trastorno bipolar, retraso mental y deterioro cognitivo
- ☐ Tratamiento antidepresivo
- ☐ Cambio de tratamiento antirretroviral en el mes previo.
- ☐ No tener una comprensión suficiente del castellano

#### INICIALES y N° HISTORIA:

#### DIAGNÓSTICO Y ESTADIO DE LA ENFERMEDAD

- Fecha de Evaluación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Estadio de la infección :  
A1\_\_\_\_, A2\_\_\_\_, A3\_\_\_\_  
B1\_\_\_\_, B2\_\_\_\_, B3\_\_\_\_  
C1\_\_\_\_, C2\_\_\_\_, C3\_\_\_\_
- Recuento de linfocitos T CD4:
- Nivel de carga viral:
- Vía de infección:
  - ☐ Transmisión homosexual
  - ☐ Transmisión heterosexual
  - ☐ Vía sanguínea (transfusiones, jeringuillas)
  - ☐ Materno-fetal (embarazo, parto, lactancia)
- Lipodistrofia (valorada por el clínico)
  - ☐ Sí
  - ☐ No
- Fecha de inicio de 1er TARV:
- Tratamiento actual (y fecha de inicio):
- Infecciones oportunistas? Si / No
  - ☐ ¿Cuáles?:
  - ☐ Fecha de la más reciente:
- Ingresos hospitalarios (desde el diagnóstico):
  - ☐ Número de ellos:
  - ☐ Fecha del más reciente:

#### Screening depresion (guías clínicas EACS)

1. En el último mes, ¿se ha sentido con frecuencia triste, deprimido o sin esperanza?
  - ☐ NO
  - ☐ SÍ
2. En el último mes, ¿ha perdido interés en realizar alguna actividad?
  - ☐ NO
  - ☐ SÍ



**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DEL PARTICIPANTE****INICIALES y N° HISTORIA:****EDAD:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**Teléfono de contacto:****Sexo:**

- ☐ 1.Hombre
- ☐ 2.Mujer

**Estado civil:**

- ☐ 1.Soltero/a
- ☐ 2.Casado/a, en pareja
- ☐ 3.Separado/a, Divorciado/a
- ☐ 4.Viudo/a

**Orientación sexual:****Convivencia (enumerar quien convive):**

- ☐ 1.Solo/a
- ☐ 2.Esposo/a
- ☐ 3.Con pareja e hijos.
- ☐ 4.Con pareja e hijos y uno o ambos padres
- ☐ 5.Con sus padres
- ☐ 6.Con hijos
- ☐ 7.Amigos
- ☐ 8.Instituciones/Pensiones
- ☐ 9.Otros

**Duración de la convivencia (en años):**

- ☐ 1-3
- ☐ 4-10
- ☐ 11-20
- ☐ Mas de 20

**Nivel educativo:**

- ☐ 1.Analfabetismo
- ☐ 2.Primarios
- ☐ 3.EGB
- ☐ 4.Bachiller
- ☐ 5.Universitario
- ☐ 6.Universitario de Grado Superior

**Situación laboral:**

- ☐ 1.Tiempo completo
- ☐ 2.Tiempo parcial
- ☐ 3.Ama de casa
- ☐ 4.Estudiante
- ☐ 5.Desempleado/a
- ☐ 6.Jubilado/a
- ☐ 7.Baja, temporal o permanente
- ☐ 8.Otras (especificar)
- ☐

**Profesión:**☐**Medio en el que reside:**

- ☐ 1.Urbano
- ☐ 2.Rural

**ANTECEDENTES****AP psiquiátricos**

1. No
2. Ansiedad
3. Depresión
4. Psicosis
5. Otros

**AF psiquiátricos**

1. No
2. Ansiedad
3. Depresión
4. Psicosis
5. Otros

**Tratamiento psicofarmacológico actual**

- ☐ No
- ☐ Antidepresivos
- ☐ Ansiolíticos
- ☐ Antipsicóticos
- ☐ Otros

**Consumo de alcohol**

- ☐ No
- ☐ Sí, actual
- ☐ Sí, pasado

**Consumo de otros tóxicos**

- ☐ No
- ☐ Sí, actual
- ☐ Sí, pasado

**CUESTIONARIOS**

A continuación aparecen una serie de cuestionarios para ser contestados por usted. Intente responder con agilidad, no es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta. Muchas gracias por su participación.

## Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuide como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

## Cuestionario SF 36 sobre el Estado de Salud

**Instrucciones:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	<i>Sí, me limita mucho</i>	<i>Sí, me limita un poco</i>	<i>No me limita</i>
a. <i>Esfuerzos intensos</i> (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. <i>Esfuerzos moderados</i> (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir <i>varios</i> pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir <i>un solo</i> piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar <i>1 km o más</i>	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar <i>una sola manzana</i> (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las *4 últimas semanas* ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de su salud física*?

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las *4 últimas semanas* ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de algún problema emocional* (estar triste, deprimido o nervioso)?

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <i>por algún problema emocional</i> ?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, <i>por algún problema emocional</i> ?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, <i>por algún problema emocional</i> ?	1	2

6. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

---

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante *las 4 últimas semanas*?

No, ninguno	1
Sí, muy poco	2
Sí, un poco	3
Sí, moderado	4
Sí, mucho	5
Sí, muchísimo	6

---

8. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto *el dolor* le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

---

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante *las últimas 4 semanas*. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante *las últimas 4 semanas*, ¿cuánto tiempo...

	<i>Siempre</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Sólo alguna vez</i>	<i>Nunca</i>
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

---

10. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo algunas veces	4
Nunca	5

---

11. Por favor, diga si le parece *cierta* o *falsa* cada una de las siguientes frases:

	<i>Totalmente cierta</i>	<i>Bastante cierta</i>	<i>No lo sé</i>	<i>Bastante falsa</i>	<i>Totalmente falsa</i>
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

(Versión española 1.3 – July 15, 1994 por Jordi Alonso, MD, PhD; on behalf of the IQOLA Project.)

**Escala de Estigma - VIH (HIV Stigma Scale)**

1. En muchas áreas de mi vida, nadie sabe que tengo VIH
  - ☐ Sí
  - ☐ No
2. Me siento culpable por tener VIH
  - ☐ Sí
  - ☐ No
3. La actitud de la gente me hace sentir mal
  - ☐ Sí
  - ☐ No
4. Es arriesgado decir a la gente que tengo VIH
  - ☐ Sí
  - ☐ No
5. Las personas con VIH pierden sus trabajos cuando sus jefes se enteran de lo que tienen
  - ☐ Sí
  - ☐ No
6. Me esfuerzo para mantener mi VIH en secreto
  - ☐ Sí
  - ☐ No
7. Siento que no soy tan bueno como otros por tener VIH
  - ☐ Sí
  - ☐ No
8. Nunca me he sentido avergonzado de tener VIH
  - ☐ Sí
  - ☐ No
9. Las personas con VIH son tratados como marginados
  - ☐ Sí
  - ☐ No
10. La mayoría de la gente piensa que una persona con VIH es sucia
  - ☐ Sí
  - ☐ No
11. Es más fácil evitar a los amigos que estar preocupado por contárselo
  - ☐ Sí
  - ☐ No
12. Tener VIH me hace sentir sucio
  - ☐ Sí
  - ☐ No
13. Me siento apartado y aislado del resto del mundo
  - ☐ Sí
  - ☐ No
14. La mayoría de la gente piensa que una persona con VIH es repugnante
  - ☐ Sí
  - ☐ No
15. Tener VIH me hace sentir que soy mala persona
  - ☐ Sí
  - ☐ No
16. La mayoría de las personas con VIH son rechazadas cuando los demás se enteran
  - ☐ Sí
  - ☐ No
17. Soy muy cuidadoso sobre a quién le cuento que tengo VIH
  - ☐ Sí
  - ☐ No
18. Algunas personas que saben que tengo VIH se han distanciado de mí
  - ☐ Sí
  - ☐ No
19. Me preocupa que la gente me discrimine
  - ☐ Sí
  - ☐ No

20. La mayoría de la gente se siente incómoda cuando están cerca de alguien con VIH
- ☐ Sí
  - ☐ No
21. Nunca he tenido la necesidad de esconder que tengo VIH
- ☐ Sí
  - ☐ No
22. Me preocupa que la gente me juzgue cuando se entere de que tengo VIH
- ☐ Sí
  - ☐ No
23. Tener el VIH en mi cuerpo me resulta asqueroso
- ☐ Sí
  - ☐ No
24. Me duele cómo reacciona la gente cuando se entera de que tengo VIH
- ☐ Sí
  - ☐ No
25. Me preocupa que la gente que sabe que tengo VIH se lo cuente a otros
- ☐ Sí
  - ☐ No
26. Me arrepiento de haberle contado a algunas personas que tengo VIH
- ☐ Sí
  - ☐ No
27. En general, contarle a otros que tengo VIH ha sido un error
- ☐ Sí
  - ☐ No
28. La gente evita tocarme si sabe que tengo VIH
- ☐ Sí
  - ☐ No
29. Personas que me importan dejaron de llamarme después de enterarse de que tenía VIH
- ☐ Sí
  - ☐ No
30. Algunos me han dicho que el VIH me lo merecía por el estilo de vida que he llevado
- ☐ Sí
  - ☐ No
31. Algunas personas creen que serán rechazadas por el hecho de que yo tenga VIH
- ☐ Sí
  - ☐ No
32. Una vez que lo saben, no quieren que yo esté con sus hijos
- ☐ Sí
  - ☐ No
33. Algunas personas no quieren tener contacto físico conmigo
- ☐ Sí
  - ☐ No
34. Algunas personas actúan como si fuera culpa mía tener VIH
- ☐ Sí
  - ☐ No
35. Dejé de relacionarme con algunas personas por las reacciones que tenían hacia mí.
- ☐ Sí
  - ☐ No
36. He perdido amigos por decirles que tengo VIH
- ☐ Sí
  - ☐ No
37. Le dije a la gente cercana a mí que mantuviera en secreto mi infección de VIH
- ☐ Sí
  - ☐ No
38. La gente que lo sabe tiende a ignorar mis puntos fuertes
- ☐ Sí
  - ☐ No



39. La gente parece asustarse porque tengo VIH

- ☐ Sí
- ☐ No

40. Cuando lo saben, buscan mis debilidades.

- ☐ Sí
- ☐ No

### **Escala de estigma internalizado -VIH**

1. Es difícil contar a otras personas que tengo VIH

- ☐ Sí
- ☐ No

2. Ser VIH positivo me hace sentir sucio

- ☐ Sí
- ☐ No

3. Me siento culpable de ser VIH positivo

- ☐ Sí
- ☐ No

4. Siento vergüenza por ser VIH positivo

- ☐ Sí
- ☐ No

5. A veces siento que no valgo nada porque soy VIH positivo

- ☐ Sí
- ☐ No

6. Oculto que tengo VIH a otras personas

- ☐ Sí
- ☐ No

**ANEXO V****Análisis descriptivo módulos MINI**

<b>MÓDULOS MINI</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM) Actual (2 semanas)	Sí	18	15,9
	No	95	84,1
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM) Recidivante	Sí	13	11,5
	No	100	88,5
A EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional) Actual (2 semanas)	Sí	11	9,7
	No	102	90,3
B TRASTORNO DISTÍMICO Actual (últimos 2 años)	Sí	4	3,5
	No	109	96,5
C RIESGO DE SUICIDIO Actual (último mes)	Sí	12	10,6
	No	101	89,4
C RIESGO DE SUICIDIO Riesgo	Leve	6	54,5
	Moderado	3	27,3
	Alto	2	18,2
D EPISODIO MANÍACO Actual	Sí	1	,9
	No	112	99,1
D EPISODIO MANÍACO Pasado	Sí	3	2,7
	No	110	97,3
D EPISODIO HIPOMANÍACO Actual	Sí	0	0,0
	No	113	100,0
D EPISODIO HIPOMANÍACO Pasado	Sí	3	2,7
	No	110	97,3
E TRASTORNO DE ANGUSTIA Actual (último mes)	Sí	2	1,8
	No	111	98,2
E TRASTORNO DE ANGUSTIA De por vida	Sí	5	4,4
	No	108	95,6
F AGORAFOBIA Actual	Sí	6	5,3
	No	107	94,7
G FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social) Actual (último mes)	Sí	0	0,0
	No	113	100,0
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Actual (último mes)	Sí	1	,9
	No	112	99,1
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional) Actual (último mes)	Sí	1	,9
	No	112	99,1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL Últimos 12 meses	Sí	3	2,7
	No	110	97,3
J ABUSO DE ALCOHOL Últimos 12 meses	Sí	3	2,7
	No	110	97,3
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol) Últimos 12 meses	Sí	7	6,2
	No	106	93,8
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol) Últimos 12 meses	Sí	2	1,8
	No	111	98,2

MÓDULOS MINI (CONT)		N	%
L TRASTORNOS PSICÓTICOS De por vida	Sí	0	0,0
	No	113	100,0
L TRASTORNOS PSICÓTICOS Actual	Sí	0	0,0
	No	113	100,0
L TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS Actual	Sí	0	0,0
	No	113	100,0
M ANOREXIA NERVIOSA Actual (últimos 3 meses)	Sí	0	0,0
	No	113	100,0
N BULIMIA NERVIOSA Actual (últimos 3 meses)	Sí	0	0,0
	No	113	100,0
N ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA Actual	Sí	0	0,0
	No	113	100,0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Actual (últimos 6 meses)	Sí	7	6,2
	No	106	93,8
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional) De por vida	Sí	1	,9
	No	112	99,1







